



PERÚ

Ministerio
de Salud

POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 “PERÚ, PAÍS SALUDABLE”

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| I. ANTECEDENTES | 3 |
| 1.1 PRESENTACIÓN | 3 |
| 1.2 BASE LEGAL | 5 |
| 1.2.1 NORMAS NACIONALES | 5 |
| 1.2.2 NORMAS E INSTRUMENTOS INTERNACIONALES | 6 |
| 1.3 METODOLOGÍA | 7 |
| 1.4 DIAGNÓSTICO | 9 |
| 1.4.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA PÚBLICO | 9 |
| 1.4.2 MODELO DE PROBLEMA PÚBLICO | 9 |
| 1.4.3 CONCEPTOS CLAVES | 14 |
| 1.4.4 SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA PÚBLICO | 15 |
| 1.4.5. SITUACIÓN FUTURA DESEADA | 135 |
| 1.4.6. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN SELECCIONADAS | 141 |
| II. OBJETIVOS PRIORITARIOS Y LINEAMIENTOS | 160 |
| III. PROVISIÓN DE SERVICIOS Y ESTÁNDARES | 166 |
| IV. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | 170 |
| 4.1 SEGUIMIENTO | 170 |
| 4.2 EVALUACIÓN | 170 |
| ▪ EVALUACIÓN DE DISEÑO | 171 |
| ▪ EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN | 171 |
| ▪ EVALUACIÓN DE RESULTADOS | 171 |
| ▪ REPORTES DE CUMPLIMIENTO | 171 |
| 4.3 COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERGUBERNAMENTAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030. | 171 |
| V. GLOSARIO Y ACRÓNIMOS | 172 |
| 5.1 GLOSARIO | 172 |
| 5.2 ACRÓNIMOS | 177 |
| VI. ANEXOS | 178 |

I. ANTECEDENTES

1.1 PRESENTACIÓN

La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad¹. 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 defensa². 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 promoverla³.

El Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la Política de Salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud; para lo cual establece normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país que es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga, a lo largo del curso de vida, de un seguro de salud y 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).

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 existencia⁴, 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.

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable” es una política liderada por el Ministerio de Salud, con enfoque territorial, formulada de forma consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados y con los Gobiernos Regionales y Locales, que gestionan los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, estableciendo los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones sobre los determinantes sociales de salud priorizados, basada en el enfoque de “Cuidado Integral por Curso de Vida”, los principios del derecho y equidad en salud, la atención primaria de la salud (APS), la determinación social de la salud, la gestión territorial, la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres.

En el marco de los compromisos internacionales del país, la Política Nacional Multisectorial de Salud se corresponde con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, en especial con el ODS 3 “Salud y Bienestar” que reconoce que “la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible”, el ODS 5 “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas” que busca se aprueben y fortalezcan “políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles”, el ODS 6 que prioriza contar con “Agua limpia (segura) y saneamiento”; el ODS 8, que busca lograr el “Trabajo decente y crecimiento económico”; y el ODS 11, “Ciudades y comunidades sostenibles” que busca garantizar el acceso a viviendas seguras y asequibles, y mejoramiento de los asentamientos marginales, mejora del transporte público, la creación de áreas verdes y mejora de la planificación y gestión urbana.

¹ OMS. Definición de salud. <https://www.who.int>

² Constitución Política del Perú. Artículo 7° de la

³ Ley N° 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.

En el contexto del país, en concordancia con la Visión del Perú al 2050⁵, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 se alinea a 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", a los Objetivos Nacionales del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional ("Plan Bicentenario") en su Eje Estratégico 2 "Oportunidades y Acceso a los Servicios" y su Objetivo Específico "Acceso Universal a Servicios Integrales de Salud con Calidad". Asimismo, se encuentra alineada a la Política General de Gobierno al 2021 en sus lineamientos de: Fortalecimiento Institucional para la Gobernabilidad, Desarrollo Social y Bienestar de la Población y Descentralización Efectiva para el Desarrollo.

En términos de su contenido, se identifica el problema público a resolver sobre la evidencia del estudio de carga de enfermedad en el país más reciente, con datos de morbilidad y mortalidad durante al año 2016, que estimó la carga de enfermedad en el Perú, usando como indicador los AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos) que combina el número de años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida vividos con discapacidad. Así, en el Perú durante el año 2016 se perdieron 5 315 558 años saludables por diversas enfermedades, determinando una razón de 168,8 AVISA por cada mil habitantes. La razón de AVISA por mil habitantes fue mayor en los extremos de la vida: 348,2 años saludables por cada mil menores de cinco años y 385,6 años saludables por cada mil habitantes de 60 a más años. Con relación a los grupos de enfermedades que causan la pérdida de AVISA, el 66,2% de AVISA se producen por enfermedades no transmisibles; el 21,4% por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; y el 12,5% por accidentes y lesiones. En ese sentido, se identifica la variación (a lo largo de más de una década) por tipos de enfermedades de las causas de muerte que pudieron ser prevenidas, es decir, enfermedades debido a causas evitables y éstas están relacionadas a los tres grupos de enfermedades antes señaladas, siendo que las enfermedades no transmisibles son las que se han incrementado de forma importante.

Este cambio en los patrones de las causas de muerte prematura y el incremento de la discapacidad de forma general en todos los grupos de edad, debe ser tomado en cuenta para la formulación de las políticas de Estado, lo que lleva a plantear como problema público los años de vida saludables perdidos por causas evitables en la población, lo cual motiva una articulación multisectorial teniendo entre una de las herramientas a los AVISA, que permite establecer prioridades que orienten las intervenciones del sistema de salud para mejorar la calidad de vida y no solo para reducir la mortalidad⁶.

La Política incluye al Sistema Integrado de Identificación de la Afiliación al Aseguramiento Universal en Salud (AUS) eficaz, Programa de Cuidados Integrales de Salud por Curso de Vida, con énfasis en las 15 prioridades nacionales de salud; Implementación progresiva de Redes Integradas de Salud (RIS); Servicios de Telesalud que utilizan dispositivos fijos y móviles y de múlti plataformas, para la provisión de servicios de salud a distancia, que fortalecen las Redes Integradas de Salud y facilitan el acceso efectivo de la población. La Política enfatiza en las "Prioridades Sanitarias" tales como: anemia, desnutrición crónica infantil, muerte materna, muerte neonatal, embarazo adolescente, tuberculosis pulmonar, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y Hepatitis B, enfermedades metaxénicas: malaria, dengue, Chikungunya, enfermedades zoonóticas (rabia humana, leptospirosis), cáncer, sobrepeso, obesidad y Diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, desórdenes de comportamiento y enfermedades de salud mental, exposición e intoxicación por metales pesados, muerte y discapacidad por siniestros viales.

En general se busca que, a través de acceso a los servicios de salud, con puntos de atención y una progresión de servicios de calidad con frecuencia y continuidad, donde las personas muestren confianza en el sistema y los servicios ofrecidos adecuados a las necesidades de la población, que incluyen atributos como conveniencia, asequibilidad y seguridad que son ofrecidos en un marco de prevención.

⁵ <https://www.ceplan.gob.pe/blog/peru-cuenta-con-vision-al-2050-aprobada-en-el-acuerdo-nacional/>

⁶ Boletín - Instituto Nacional de Salud 2009; año 15 (3-4) marzo - abril. "Carga de enfermedad en el Perú. años de vida saludables perdidos (AVISA) y las prioridades de salud". Aníbal Velázquez Valdivia.

1.2 BASE LEGAL

1.2.1 NORMAS NACIONALES

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable", se sustenta en las siguientes normas nacionales:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y su Reglamento.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28044, Ley General de Educación.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones y su reglamento y sus modificatorias.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Varones y Mujeres.
- Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones y su Reglamento.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29459, Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- Ley N° 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres y su Reglamento.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento.
- Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes; y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 017-2017-SA.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Ley N° 30287, Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú.
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y su modificatoria.
- Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor.
- Ley N° 30362, Ley que eleva a rango de Ley, el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de acción por la infancia y la adolescencia - PNAIA 2012-2021.
- Ley N° 30754, Ley Marco sobre Cambio Climático.
- Ley N° 30825, Ley que fortalece la labor de los Agentes Comunitarios de Salud.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud.
- Ley N° 30840, Ley que promueve el Servicio de Facilitación Administrativa Preferente en Beneficio de Personas en Situación Especial de Vulnerabilidad y su Reglamento.
- Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su reglamento.
- Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Legislativo N°1062, que aprueba la Ley de Inocuidad de alimentos.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 012-2009-MINAM, que aprueba la Política Nacional del Ambiente.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de beneficios con el Listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las garantías explícitas.

- Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES, que aprueba la Política Nacional en relación con las Personas Adultas Mayores.
- Decreto Supremo N° 017-2012-ED, que aprueba la Política Nacional de Educación Ambiental.
- Decreto Supremo N° 002-2013-TR, que aprueba la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto Supremo N° 021-2013-MINAGRI, que aprueba la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional 2013-2021.
- Decreto Supremo N° 020-2014/SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021.
- Decreto Supremo N° 003-2015-MC, que aprueba la Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural.
- Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 016-2016-MINEDU, que aprueba la Plan Nacional de Educación Ambiental 2016-2021.
- Decreto Supremo N° 005-2017-TR, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2017-2021.
- Decreto Supremo N° 006-2017-PCM que aprueba Política Nacional de Protección y Defensa del Consumidor.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 024-2017-PCM que aprueba el Plan Nacional de Protección de los Consumidores 2017-2020.
- Decreto Supremo N° 002-2018-MINJUS, que aprueba el Plan de Nacional de Derechos Humanos 2018-2021.
- Decreto Supremo N° 012-2018-VIVIENDA, que aprueba el Plan de Nacional de Accesibilidad 2018-2023.
- Decreto Supremo N° 012-2018, que aprueba Aprueban Manual de Advertencias Publicitarias en el marco de lo establecido en la Ley N° 30021, Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 017-2017-SA.
- Decreto Supremo N° 036-2018-PCM, que aprueba el Plan Multisectorial ante heladas y Frijaje 2018.
- Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política Nacional de Gobierno. 2018
- Decreto Supremo N° 345-2018-EF, que aprueba la Política Nacional de la Competitividad y Productividad 2018.
- Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP, que aprueba la Política Nacional de Igualdad de Género.
- Decreto Supremo N° 013-2019-MINEDU, que aprueba la Política Nacional de Juventud.
- Decreto Supremo N° 009-2020-MC, que aprueba la Política Nacional de Cultura.
- Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- Decreto Supremo 004-2019-MIMP que modifica el Reglamento de la Ley 30364.

Así mismo, se hacen referencia a instrumentos normativos del sector salud en el Anexo 1.

1.2.2 NORMAS E INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979).

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988).
- Convención de Naciones Unidas para los derechos del niño (1989)
- Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002).
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006).
- Convenio N°169 de la Organización Internacional del Trabajo relativo a los pueblos indígenas y tribales en países (2014)
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015).
- Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana WHA69.3) de la Organización Mundial de la Salud (2016).
- Convención Interamericana para prevenir, sanción y erradicar la violencia contra la mujer - Belém Do Pará.
- Convenio de Rotterdam, Minamata y Basilea.

1.3 METODOLOGÍA

Se han realizado diversas actividades durante la etapa del diseño (Tabla 1) y de la formulación (Tabla 2):

Tabla 1. Proceso de diseño

| ETAPA I: DISEÑO | | | | |
|--|----------------------------|---|---|---|
| Proceso | Instrumento | Finalidad de aplicación | Descripción | Producto |
| Delimitación del problema público | <i>Revisión documental</i> | Revisión del estado situacional de salud de la población en el territorio peruano. Análisis de causa-efecto | Búsqueda de evidencia y revisión de información estadística, estudios e investigaciones y publicaciones. Estudio de Carga de enfermedad en el Perú 2016 por CDC (Base: HIS 2002-2015; base de datos de mortalidad periodo 2002-2016) Análisis de indicadores de desarrollo del Banco Mundial y ENAHO sobre salud 2015 y sobre condiciones de vida y pobreza 2017. Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP, CDC, DIGEMID, DGAIN, SECCOR, INS, SUSALUD, SIS. Sistematización de las prioridades de salud según etapa de vida, género, territorio y desigualdades. | Elaboración del estado situacional de salud de la población en el territorio peruano. |
| | <i>Revisión documental</i> | Sistematización del marco legal nacional e internacional en materia de salud | Consulta y revisión de los principales instrumentos normativos nacionales e internacionales en materia de salud. | Identificación del marco normativo nacional e internacional que incide en las políticas públicas en materia de salud. |
| | <i>Revisión documental</i> | Construcción del modelo de problema público | Reuniones con expertos de los Órganos de línea MINSA. | Identificación de los principales elementos que delimitan el problema público. |
| | <i>Reuniones técnicas</i> | Verificar la fiabilidad de la definición del problema público | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP, CDC, DIGEMID, DIGESA, DGAIN, SECCOR, INS, SUSALUD, SIS. Reuniones de trabajo con la participación de 11 sectores: MINEDU, MINAGRI, MVCS, MIMP, MIDIS, MTPE, MINDEF, MININTER, MINAM, MINCU y MINSA. Incorporación y adaptación de recomendaciones de organizaciones internacionales (OCDE, OMS/OPS, BID). | Delimitación del problema público. |

| ETAPA I: DISEÑO | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Proceso | Instrumento | Finalidad de aplicación | Descripción | Producto |
| Enunciación y estructuración del problema público | <i>Reuniones técnicas</i> | Consulta sobre el diagnóstico situacional, enunciación y estructuración del problema público. | Reuniones de trabajo con la participación de CDC, DGIESP, DIGESA, DGAIN, DIGEMID, SECCOR, INS, SUSALUD, SIS y OGPPM. Reuniones de trabajo con la participación de 11 sectores: MINEDU, MINAGRI, VIVIENDA, MIMP, MIDIS, MTPE, MINDEF, MININTER, MINAM, MINCU y MINSA. | Aportes al modelo, enunciación y estructuración del problema público. |
| | <i>Juicio de expertos</i> | Consulta sobre la estructuración del problema público. | Opinión informada de personas expertas de CDC, DGIESP, DGAIN, DIGESA y OGPPM. | Validación de la delimitación, enunciación y estructuración del problema público. |
| Determinación de la situación futura deseada | <i>Revisión documental</i> | Proyección de escenarios estimados por abordaje de factores de riesgo modificables específicos. | Estudio de Carga de enfermedad en el Perú - Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). | Elaboración de la situación futura deseada al 2030. |
| | <i>Reuniones de coordinación</i> | Consulta para la construcción de la situación futura deseada al 2030 | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP y OGPPM. | Identificación de indicadores trazadores de principales categorías según carga de enfermedad. |
| | <i>Juicio de expertos</i> | | Opinión informada de personas expertas de CDC, DGIESP y OGPPM. | Identificación y selección de las variables más relevantes. |
| | <i>Análisis de tendencias y análisis de escenarios contextuales</i> | Identificación y evaluación los riesgos y las oportunidades. | Sistematización los informes de tendencias globales, regionales y nacionales elaborados por CEPLAN, así como de otras fuentes de información sobre tendencias específicas pertinentes al problema público. | Identificación de las tendencias, los riesgos y las oportunidades en cada escenario contextual. |
| Selección de alternativas de solución | <i>Reuniones de coordinación</i> | Identificación y evaluación de las alternativas de solución. | Proceso de consulta y recojo de insumos con los órganos de línea del MINSA. | Identificación y construcción de las alternativas de solución. |
| | <i>Reuniones técnicas</i> | | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP, CDC y OGPPM. | Revisión de las alternativas de solución. |
| | <i>Juicio de expertos</i> | | Opinión informada de personas expertas de CDC, DGIESP y OGPPM. | Alternativas de solución revisadas, sistematizadas y validadas |

Elaboración propia

Tabla 2.

| ETAPA II: FORMULACION | | | | |
|--|----------------------------|--|--|---|
| Proceso | Instrumento | Finalidad de aplicación | Descripción | Producto |
| Elaboración de objetivos prioritarios e indicadores | <i>Revisión documental</i> | Elaboración de los objetivos prioritarios y sus indicadores. | Búsqueda de evidencia y revisión de información relacionada, estudios e investigaciones y publicaciones. | Construcción de la propuesta de los objetivos prioritarios y sus indicadores. |
| | | | Búsqueda de recomendaciones de organizaciones internacionales (OCDE, OMS/OPS, BID). | |

| ETAPA II: FORMULACION | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|--|
| Proceso | Instrumento | Finalidad de aplicación | Descripción | Producto |
| | <i>Reuniones de coordinación</i> | Validación de los objetivos prioritarios y sus indicadores. | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP y OGPPM. | Propuesta validada de los objetivos prioritarios y sus indicadores. |
| Elaboración de los lineamientos | <i>Revisión documental</i> | Elaboración de los lineamientos | Búsqueda de evidencia y revisión de información relacionada, estudios e investigaciones y publicaciones. | Construcción de la propuesta de los lineamientos. |
| | <i>Reuniones de coordinación</i> | Validación de los lineamientos | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP y OGPPM. Reuniones de trabajo con la participación de 11 sectores: MINEDU, MINAGRI, VIVIENDA, MIMP, MIDIS, MTPE, MINDEF, MININTER, MINAM, MINCU y MINSA. | Propuesta validada de los lineamientos. |
| Identificación de los servicios y estándares de cumplimiento | <i>Revisión documental</i> | Elaboración de los servicios y estándares de cumplimiento | Búsqueda de evidencia y revisión de información relacionada, estudios e investigaciones y publicaciones. | Construcción de la propuesta de los servicios y estándares de cumplimiento |
| | <i>Reuniones de coordinación</i> | Validación de los servicios y estándares de cumplimiento | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP y OGPPM. Reuniones de trabajo con la participación de 11 sectores: MINEDU, MINAGRI, VIVIENDA, MIMP, MIDIS, MTPE, MINDEF, MININTER, MINAM, MINCU y MINSA. | Propuesta validada de los servicios y estándares de cumplimiento |
| Identificación de políticas relacionadas | <i>Revisión documental</i> | Alineamiento con las Políticas del Estado del Acuerdo Nacional y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional | Revisión de políticas y planes publicados en portales web oficiales (Diario oficial El Peruano, Sistema Peruano de Información Jurídica – SPIJ, portal del Acuerdo Nacional, portal de CEPLAN), para realizar el alineamiento de nivel vertical y alineamiento de nivel horizontal. | Elaboración de Fichas de alineamiento de nivel vertical y alineamiento de nivel horizontal. |
| | <i>Reuniones de coordinación</i> | Validación de las fichas de alineamiento de nivel vertical y alineamiento de nivel horizontal. | Reuniones de trabajo con la participación de DGIESP y OGPPM. | Propuesta validada de Fichas de alineamiento de nivel vertical y alineamiento de nivel horizontal. |

Elaboración propia

1.4 DIAGNÓSTICO

1.4.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA PÚBLICO

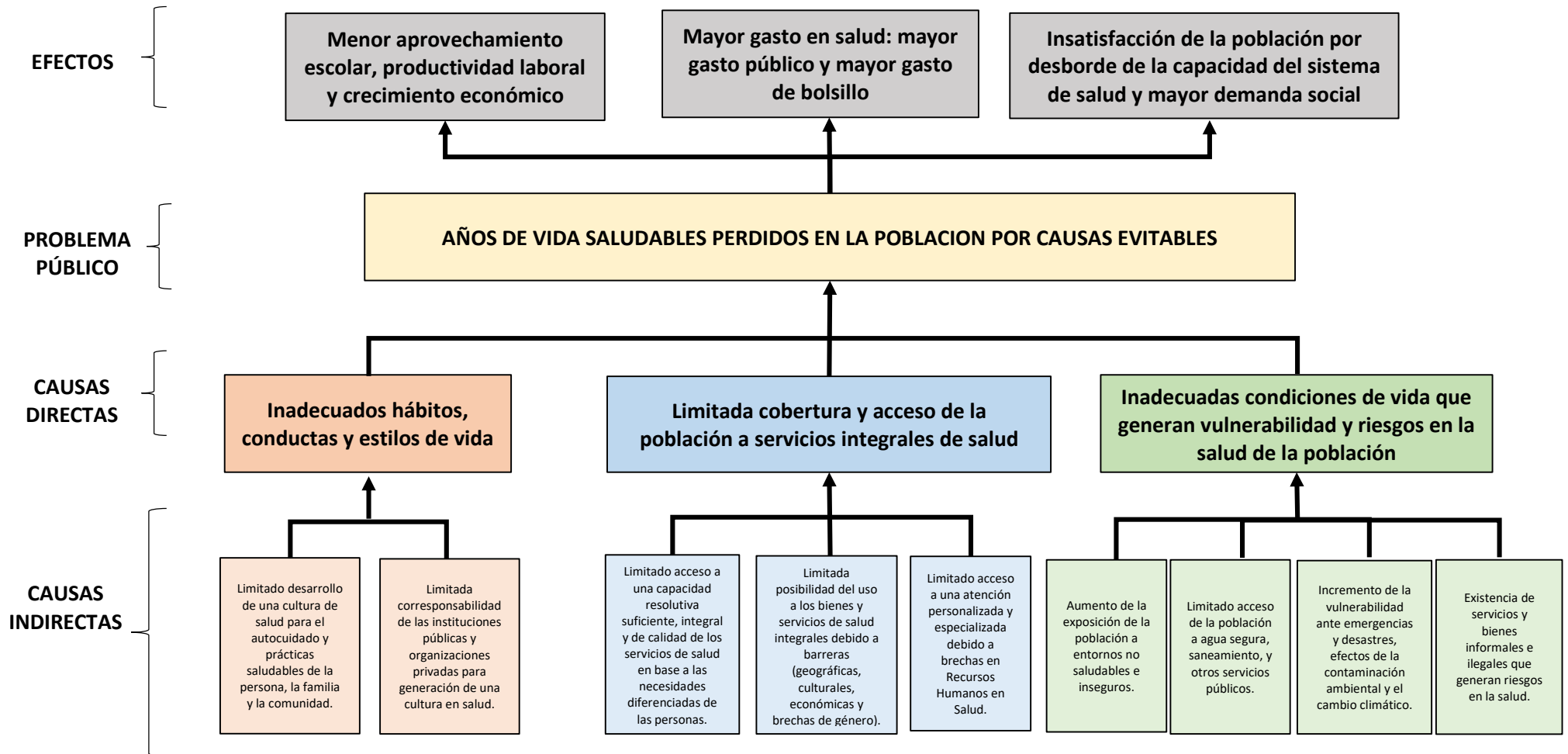
“Años de vida saludables perdidos en la población por causas evitables”.

1.4.2 MODELO DE PROBLEMA PÚBLICO

El modelo del problema público se muestra a continuación en la Figura 1:



Figura 1. Árbol de problemas



ENFOQUES TRANSVERSALES

a) Enfoque Basado en Derechos Humanos

El Enfoque Basado en Derechos Humanos comprende un conjunto de normas jurídicas nacionales e internacionales, principios éticos ejercidos individual e institucionalmente, así como políticas públicas aplicadas por el Estado que involucran a actores públicos y privados, empoderando a los/las titulares de los derechos en la capacidad de ejercerlos y exigirlos. Se concreta en actitudes que llevan a la práctica el ideal de la igual dignidad de todas las personas, promoviendo cambios en las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables. El enfoque basado en derechos humanos incluye los principios rectores sobre empresas y derechos humanos: proteger, respetar y remediar.

b) La Salud como derecho humano fundamental

Se considera a la salud como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, donde el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente⁷ y ello es una condición y un recurso esencial del desarrollo humano; un aspecto consustancial a la condición humana a partir del inicio mismo de la vida en la concepción.

La OMS consagra en su constitución (1946) "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"⁸. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 25); asimismo, reconocida como derecho humano en 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12). El derecho a la salud es un derecho inclusivo que se extiende no sólo a una atención médica oportuna y apropiada, sino también a los determinantes implícitos de la salud, como el acceso a agua potable y segura, saneamiento adecuado, condiciones ambientales y laborales saludables y acceso a la educación e información relativa a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva considerando las necesidades sexuales y reproductivas de las personas discapacitadas⁹. Posteriormente, se ha extendido al derecho al alimento, a la vivienda adecuada y a las condiciones en el relacionamiento social como el derecho a la no discriminación por ninguna condición política, social, de identidad, confesional o similar.

c) Enfoque diferencial

El enfoque diferencial es un desarrollo progresivo del principio de igualdad y no discriminación. Aunque todas las personas son iguales ante ley, esta afecta de manera diferente a cada una, de acuerdo con su condición de clase, género, grupo étnico-racial, edad, salud física o mental y orientación sexual, por ello, para que la igualdad sea efectiva, el reconocimiento, el respeto, la protección, la garantía de derechos y el trato deben estar acordes con las particularidades propias de cada individuo, reconociendo la diversidad, garantizando un tratamiento diferenciado, que tome en cuenta elementos propios de la población para la atención de necesidades en contextos específicos, procurando reivindicar el ejercicio ciudadano desde el reconocimiento de derechos en condiciones de igualdad. Las acciones del Estado para este fin deben atender la diferencia.

d) Enfoque de Equidad y de los Determinantes Sociales de la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos de un país. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto

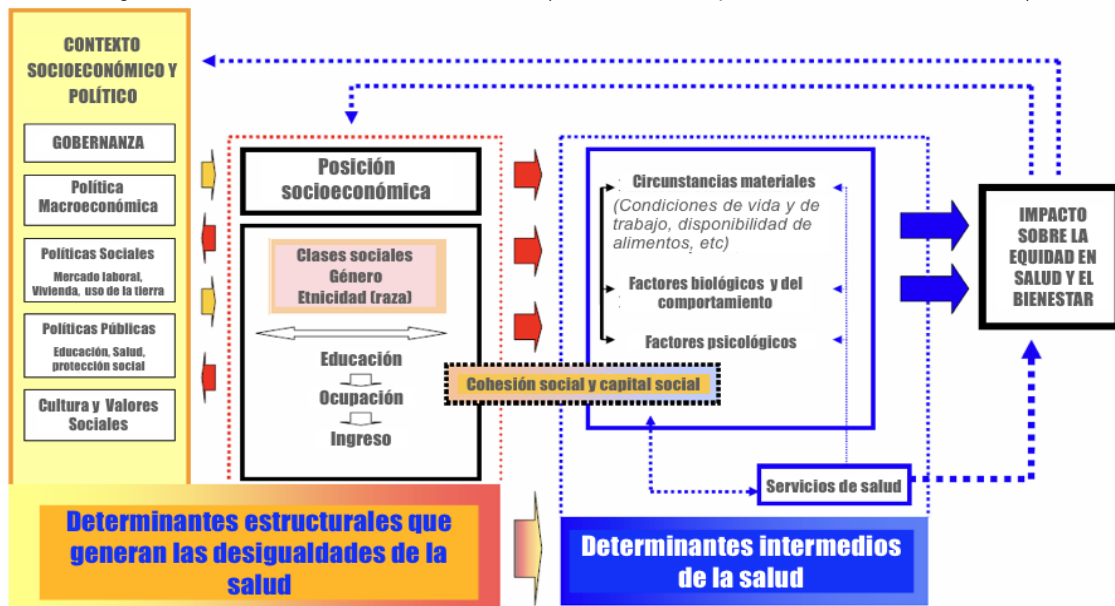
⁷ OMS Ibid.

⁸ https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

⁹ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Derechos Humanos y Derechos a la Salud. https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=619:derechos-humanos-derechos-salud&Itemid=719

es, de las diferencias evitables observadas respecto de la situación de salud de las personas en un mismo país. La Figura 2, resume cómo interactúan los componentes de los determinantes sociales y su efecto sobre la equidad en salud y el bienestar. Los determinantes estructurales, conformados por el contexto socioeconómico y político, determinan la posición socioeconómica de las personas, las familias y los grupos humanos en una sociedad. Estos determinantes estructurales son los que originan las desigualdades sociales. La influencia de los determinantes estructurales sobre los intermedios (servicios de salud, circunstancias materiales, factores biológicos y del comportamiento, factores psicosociales y la cohesión y capital social) determinan el impacto sobre la equidad en salud y el bienestar.

Figura 2. Determinantes Sociales de la Salud (Modificado del reporte de la Comisión OMS DSS)



Fuente: Comisión OMS sobre Determinantes sociales de la salud.

Bajo este enfoque, el estado o situación de salud de las personas, las familias y los grupos sociales se relaciona no solamente con el acceso al sistema de salud sino principalmente a su situación en cuanto a los determinantes sociales de la salud. Es decir, la salud o enfermedad de las personas depende de circunstancias y condiciones externas al sistema de salud, por lo que el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades y sus secuelas, depende principalmente de factores externos al sistema de salud, denominados determinantes sociales de la salud. Por esta razón, es que disminuir o evitar muertes prematuras y enfermedades en general, requiere un abordaje integral y multisectorial.

e) Enfoque de Curso de Vida

Enfoque basado en un modelo que sugiere que los resultados en salud, de las personas y la comunidad, dependen de la interacción de múltiples factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. Así, cada etapa de vida influye sobre la siguiente. Los factores se refieren a características ambientales, biológicas, conductuales, psicológicas y acceso a servicios de salud. Este enfoque provee una visión comprehensiva de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de servicio de salud y de otro tipo, centrada en las necesidades de las personas en el curso de su vida.¹⁰

La perspectiva del enfoque de curso de vida sirve como base para predecir escenarios futuros en la salud. Las trayectorias, la temporalidad, las transiciones, los períodos críticos, la interconexión de vidas y los efectos acumulativos conforman la plataforma conceptual para que, como parte de la evidencia científica disponible, se contribuya a modelar los escenarios de la salud y de vida, de la población residente en el país, principalmente de prevención, teniendo en cuenta las causas evitables.

¹⁰ Blanco M. El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo. Rev. Latinoam. Población. 2011;5(8):5-31.

f) Enfoque de Género

Se considera las desigualdades sociales y relaciones asimétricas de poder de los varones en perjuicio de las mujeres de cualquier edad, para la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud. Asimismo, la transversalización del enfoque de género permite que se identifiquen las necesidades y prioridades de las mujeres y los varones a fin de tomar acciones que mejoren sus condiciones de vida a través de los servicios brindados en esta Política de Salud.

g) Enfoque de Discapacidad

Es una herramienta que debe permitir evaluar las relaciones sociales considerando las necesidades e intereses de las personas con discapacidad, pero sobre todo identificando las barreras del entorno y actitudinales que limitan el ejercicio de sus derechos; de tal manera que, abordando la multidimensionalidad de la problemática de exclusión y discriminación que las afecta, se adopten medidas desde las políticas y gestión públicas que permitan respetar y garantizar sus derechos humanos y construir una sociedad inclusiva.¹¹

h) Enfoque de Inclusión social

La puesta en práctica de la política permitirá fortalecer los procesos de inclusión social, al posibilitar el acceso de poblaciones tradicionalmente excluidas a los servicios de salud públicos. Asimismo, el reconocimiento e incorporación de los conocimientos y tradiciones en salud, permite revalorar la cultura ancestral de nuestros pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, priorizando a aquellas personas en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad, que no logran ser cubiertas por la política social universal, por ello, son focalizadas y temporales, ya que el objetivo es lograr que todas las personas puedan ser cubiertas por las políticas universales sectoriales.

i) Enfoque Intercultural

Se propone que el conjunto de los servicios de salud en todos sus niveles de atención, incluyéndose las actividades promocionales y prestacionales tome en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene. Según el Censo de 2017, alrededor del 24% de la población en el Perú se identifica como indígena; y el 6%, como afroperuana. Frente a esta diversidad, es de imperiosa necesidad que los servicios de salud se brinden con pleno respeto del derecho a la identidad étnica y cultural de la población.

El reto es garantizar el cumplimiento de los derechos lingüísticos en sus dimensiones individual y colectiva; promover la prestación de servicios públicos en la lengua materna con énfasis en la población perteneciente a un pueblo indígena u originario, tomando en cuenta las necesidades y condiciones específicas de mujeres y hombres de los pueblos indígenas; asegurar mecanismos de articulación con entidades públicas que destinen servicios para la atención de la población indígena u originaria y afroperuana, con criterios de pertinencia, adecuación cultural y de género, oportunidad, eficiencia y calidad; y salvaguardar la vida, salud e integridad de los pueblos.

Según el Ministerio de Cultura, se registran 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía, lo cual incluye pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial, y 4 en la Región Andina. Asimismo, se reconoce la existencia de 48 lenguas indígenas u originarias en el territorio nacional. En el Perú, los pueblos indígenas u originarios han optado por más de un tipo de organización (comunidades nativas, comunidades campesinas, parcialidades, entre otros), siendo lo que define a un **pueblo indígena u originario**, criterios de identificación tales como: continuidad histórica, conexión territorial, instituciones distintivas y auto identificación. Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la Región han generado la necesidad de

¹¹ CONADIS

establecer nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil, que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables y tradicionalmente excluidas, mejorando la gestión pública para garantizar el ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, lo que incluye una mayor igualdad en el acceso a la salud.

En relación a la **población afroperuana**: De acuerdo a los Censos Nacionales (2017), la población afroperuana representa alrededor del 4% de la población total. Se estima un total de 828 mil 894 habitantes, donde el 83,2% son población urbana y el 16,8% rural. Asimismo, del total el 45,8% son mujeres y el 54,2% hombres. Estos datos son relevantes para el desarrollo de intervenciones con enfoque intercultural.

j) Enfoque territorial

se concibe el territorio como un espacio físico y geográfico donde persisten relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, las instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural y género.

Constituye una planificación del territorio tomando en cuenta su potencialidad económica y la atención a temas sociales, culturales y ambientales. Para ello integra espacios, actores, la producción de bienes y servicios, así como las políticas públicas de intervención. Implica una visión sistémica, holística e integral de un territorio determinado en el corto, mediano y largo plazo.¹²

k) Enfoque de la Gestión de Riesgo ante Desastres

La Gestión del Riesgo de Desastres es un proceso social, cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo ante situaciones de emergencia y desastres en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante tales situaciones, considerando las políticas nacionales, con especial énfasis en aquellas relativas a materia sanitaria, económica, ambiental, de seguridad, defensa nacional y territorial de manera sostenible.¹³

El enfoque de Gestión del Riesgo de Desastres implica el reconocimiento de peligros en el territorio nacional de diversa tipología y que existen poblaciones en situaciones de vulnerabilidad ante estos peligros que pueden afectar la provisión de servicios de salud a fin de promover, respetar y proteger la integridad de las personas y sus medios de vida, priorizando la atención de salud en la población vulnerable (niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas con afectación severa de su salud física y emocional)¹⁴ con un sentido de sostenibilidad de desarrollo en lo social, económico y ambiental, además de fortalecer las capacidades para reducir la vulnerabilidad ante futuros riesgos.

En ese sentido los documentos normativos e instrumentos técnicos del sector salud, toman en cuenta la continuidad de la prestación de salud a las y los pacientes durante una emergencia y desastre, priorizando la respuesta en salud inmediata de las personas damnificadas o afectadas posterior a una emergencia y desastre.

1.4.3 CONCEPTOS CLAVES

AVISA: Es un indicador de años de vida saludables perdidos que combina el número de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP, componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD, componente calidad de vida). Son la unidad de medida de la carga de enfermedad, permiten estimar las pérdidas de salud para una población con respecto a las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades.

¹² WHITEHEAD M, DAHLGREN G AND GILSON L 1991 "Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective" in Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001: 309-322

¹³ Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres 2014 – 2021. http://cenepred.gob.pe/web/wp-content/uploads/Guia_Manuales/PLANAGERD%202014-2021.pdf

¹⁴ LEY N° 30787, Ley que incorpora la aplicación del enfoque de derecho en favor de las personas afectadas o damnificadas por desastres.

AVD: Es un indicador de años vividos con discapacidad.

AVP: Es un indicador de años de vida perdidos por muerte prematura.

CARGA DE ENFERMEDAD: Es un esfuerzo científico y sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de salud debido a enfermedades, lesiones y factores de riesgo por edad, sexo y geografía para puntos específicos en el tiempo.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y que impactan en la salud de las personas. Esas condiciones son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas públicas adoptadas.¹⁵

DISCAPACIDAD: La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas que presentan una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente, y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás¹⁶.

ESPERANZA DE VIDA: Es la cantidad de años que el miembro promedio de un grupo puede esperar vivir. Existen factores que lo pueden afectar: tasas de mortalidad en la niñez, los ingresos, el acceso a la atención médica, la dieta y el medio ambiente; así mismo, nuevas tecnologías que salvan vidas, una guerra civil u otras cosas que puedan suceder.

MORBILIDAD: Es la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. Es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

MORTALIDAD: Es el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa, reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. La causa básica de defunción se define como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal", según lo expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

SALUD: La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la define en el preámbulo de su Constitución como: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁷.

VULNERABILIDAD: Es la susceptibilidad de la población, la estructura física o las actividades socioeconómicas, de sufrir daños por acción de un peligro o amenaza¹⁵.

1.4.4 SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA PÚBLICO

1.4.4.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD Y ESTUDIO DE CARGA DE ENFERMEDAD

La salud de las personas y la población constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y adaptación armónica permite su crecimiento y desarrollo individual, y social¹⁸. La Organización Mundial de la Salud 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", siendo entonces, el estado saludable y el adecuado funcionamiento físico y mental, que le

¹⁵ CERRANDO LA BRECHA: La Política de acción sobre los DSS. OMS. Río de Janeiro, octubre de 2011

¹⁶ Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. el literal e) del Preámbulo de la CDPD

¹⁷ OMS/OMS. Human rights and health 29 December 2017 Key facts. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

¹⁸ 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.

permite a las personas responder a las exigencias del medio, y no simplemente la ausencia de síntomas o el padecimiento de enfermedades.

El panorama epidemiológico en el ámbito mundial se ha transformado en las últimas décadas y hoy se encuentra conformado por una combinación amplia de patologías transmisibles y no transmisibles, cuya complejidad en su atención requiere de esquemas organizativos de los sistemas de salud para responder a los nuevos desafíos sanitarios. Para su identificación y monitoreo son indispensables metodologías que permitan identificar y medir las tendencias de estos nuevos perfiles epidemiológicos, debido a que las herramientas tradicionales (como el análisis de la mortalidad) ya no pueden ser el único instrumento en la identificación de prioridades de atención en ningún país.

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 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 discapacidades¹⁹. 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 tanto para la formulación de políticas como en investigación en salud²⁰.

Carga de enfermedad en Latinoamérica

El Instituto de Métricas de Salud²¹ muestra un cuadro comparativo de las 10 principales causas de muerte y discapacidad (AVISA), entre países de un grupo en relación con el promedio del grupo. Los grupos de comparación se eligieron sobre la base de las clasificaciones regionales GBD, asociaciones comerciales conocidas e indicadores sociodemográficos.

Al observar la Figura 3 se observa que Perú se encuentra significativamente por encima de la media del grupo de comparación, con 1,270.2 años de vida saludables perdidos en Infecciones Respiratorias Bajas, superando a México y Ecuador.

Figura 3. Comparación de los AVISA según clasificaciones regionales GBD

| | Desórdenes del periodo neonatal | Infec. Resp. Bajas | Lumbalgia | Cardiopatías isquémicas | Accidentes de tránsito | Diabetes | Anomalías congénitas | Cefalea | Enfermedades vasculares cerebrales | Ceguera y alteraciones visuales |
|---|---------------------------------|--------------------|-----------|-------------------------|------------------------|----------|----------------------|---------|------------------------------------|---------------------------------|
| Perú | 1,321.1 | 1,270.2 | 894.0 | 831.9 | 679.5 | 663.4 | 628.9 | 604.9 | 530.1 | 489.2 |
| Promedio del grupo comparativo (SD Medio) | 1,667.1 | 824.7 | 648.8 | 2,132.1 | 888.8 | 957.2 | 702.8 | 619.0 | 1,994.4 | 427.5 |
| Colombia | 1,566.3 | 509.1 | 768.3 | 1,236.9 | 721.1 | 577.6 | 677.5 | 681.6 | 594.8 | 488.5 |
| Ecuador | 1,541.9 | 1,010.3 | 832.2 | 1,156.3 | 1,341.5 | 1,121.3 | 774.3 | 753.7 | 816.1 | 464.6 |
| Fiyi | 1,981.2 | 1,520.6 | 687.7 | 4,791.1 | 586.2 | 6,758.0 | 1,090.4 | 562.3 | 2,010.1 | 321.9 |
| Granada | 1,577.8 | 1,101.9 | 635.9 | 1,959.2 | 484.2 | 1,975.2 | 510.3 | 721.9 | 1,515.6 | 309.0 |
| Guinea Ecuatorial | 2,458.9 | 1,747.9 | 912.0 | 1,354.1 | 1,139.3 | 1,883.2 | 998.1 | 685.0 | 1,173.1 | 483.1 |
| Indonesia | 2,060.3 | 844.6 | 862.0 | 2,583.0 | 811.5 | 1,801.8 | 758.4 | 670.4 | 3,481.0 | 628.6 |
| México | 1,346.0 | 595.1 | 517.1 | 1,614.4 | 834.4 | 2,179.8 | 793.8 | 642.3 | 683.1 | 403.6 |
| Surinam | 3,166.1 | 986.9 | 623.1 | 2,139.3 | 871.4 | 1,683.7 | 919.1 | 728.2 | 2,055.1 | 314.9 |
| Tonga | 1,463.9 | 1,164.2 | 765.9 | 2,450.8 | 671.3 | 3,678.9 | 510.1 | 566.1 | 1,492.2 | 259.8 |
| Uzbekistán | 1,778.8 | 2,130.2 | 973.7 | 8,346.1 | 727.9 | 1,451.7 | 509.6 | 714.5 | 2,828.4 | 396.3 |

■ Significativamente por debajo de la media
 ■ Estadísticamente indistinguible de la media
 ■ Significativamente por encima de la media

Tasa estandarizada por edad por 100,000, 2017

Fuente: IHME

Carga de enfermedad en el Perú

¹⁹ 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.

²⁰ MINSa (2019) Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016.

²¹ <http://www.healthdata.org/peru>

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 focalizaba en la población infantil y materno, en donde principalmente prevalecían las enfermedades infecciosas y transmisibles.

La propuesta de implementar el aseguramiento universal en nuestro país, que ampliaba la población beneficiaria al seguro de salud, planteó un nuevo desafío metodológico que permita evidenciar problemas de salud propios de la población adulta y adulta mayor, caracterizada principalmente por el predominio de enfermedades que no producen elevada mortalidad, pero sí deficiencias que podrían devenir en discapacidad (enfermedades crónicas y degenerativas, no transmisibles). Así, los estudios de carga de enfermedad se constituyen en los más adecuados cuando se piensa en un Aseguramiento de cobertura universal. En este contexto, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC-MINSA), considerando la experiencia de otros países en el tema y utilizando la información y estimaciones disponibles, además de aplicativos informáticos, emprende el proyecto para la realización del primer estudio de carga de enfermedad nacional en el Perú en 2006¹⁴ y que da inicio a otros estudios posteriores (Tabla 3) permitiendo, a diferencia de los indicadores clásicos, conocer la pérdida de años saludables relacionados no solamente con las muertes prematuras sino también con la incapacidad que queda como secuela de diferentes enfermedades.

Posteriormente, se realizaron diversos estudios tanto nacionales como regionales, publicándose en febrero del 2010 el documento de carga de enfermedad en las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac (con datos del 2007) y en diciembre del 2010 se publicó la carga de enfermedad de la provincia de Lima y región Callao (con datos del 2007). En agosto 2012 se publicó el segundo estudio nacional de carga de enfermedad con datos del 2008 y en junio del 2014 se publicó el tercer estudio nacional con datos del 2012.

Tabla 3. Años de vida saludables perdidos según años. Perú 2004, 2008, 2012 y 2016.

| Año | AVISA | RAZON POR 1000 hab. |
|------|------------|---------------------|
| 2004 | 5,052,866 | 183.4 |
| 2008 | 5,249,641 | 182.2 |
| 2012 | 5,800,949 | 192.5 |
| 2016 | 5,315, 558 | 168.8 |

Fuente: CDC-MINSA.

El último estudio de Carga de Enfermedad²² estima que durante el año 2016 se perdieron 5,315, 558 años de vida saludables (AVISA)²³ en Perú, donde el 66,2% se debe a enfermedades no transmisibles, el 21,4% a enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales, y el 12,5% a accidentes y lesiones. En términos poblacionales, se pierden 168,8 AVISA por cada mil habitantes (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Distribución del número y razón de los años de vida saludables según grupo de enfermedades

| Grupo de Enfermedades | Número | % | Razón por mil |
|---|------------------|--------------|---------------|
| Enfermedades no transmisibles | 3,516,662 | 66,2 | 111,7 |
| Enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales | 1,136,213 | 21,4 | 36,1 |
| Accidentes y lesiones | 662,683 | 12,5 | 21,0 |
| Total | 5,315,558 | 100,0 | 168,8 |

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

En comparación con el año 2004, en el que se realiza el primer estudio de carga de enfermedad, la razón de AVISA por cada mil habitantes ha disminuido, una de las razones podría ser producto de las

²² Estudio de Carga de Enfermedad 2017, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2016.pdf>

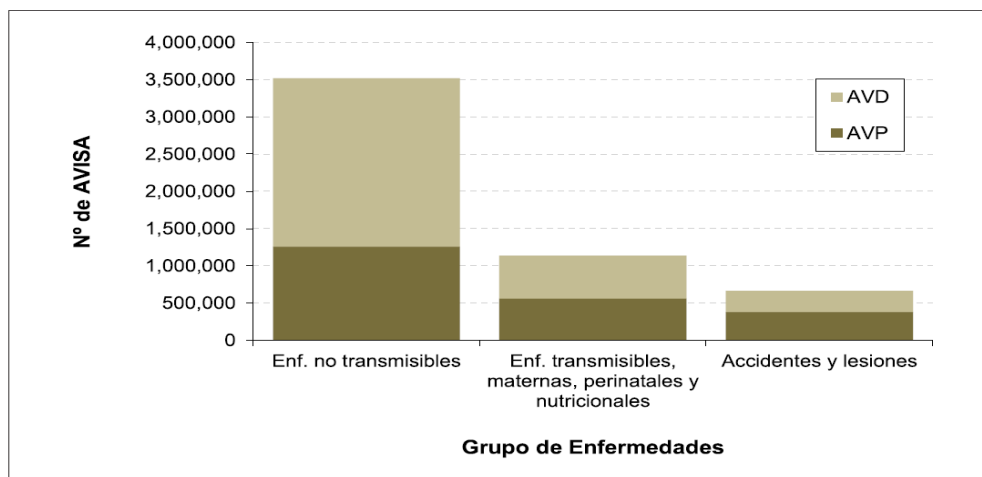
²³ El AVISA miden la brecha entre las condiciones de salud existentes e ideales. En otras palabras, una persona o población que vive en plena salud con la máxima esperanza de vida experimentaría cero AVISA. Por otro lado, la medición de los AVISA evitados, es una forma muy efectiva de medir el éxito (o el éxito potencial) de una política o intervención de salud pública.

intervenciones del sector sobre la disminución de la muerte prematura, como la disminución de la muerte infantil de una tasa de 30 x 100 mil habitantes en el 2006 a 19 x 100 mil habitantes en el año 2018. Por otro lado, el número de muertes maternas también disminuyó desde el año 2004, en el que se reportó 614 muertes a 311 en el año 2019, es decir 49% menos.

El AVISA es un indicador compuesto, y se obtiene de la suma de los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y los Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD). Como se muestra en la Figura 4, los AVISA de las enfermedades no transmisibles fueron consecuencia principalmente de la discapacidad que ocasionan las enfermedades (AVP: 35,7%; AVD: 64,3%). Sin embargo, en el grupo de accidentes y lesiones predominó el componente de muerte prematura (AVP: 57,3%; AVD: 42,7%).

En las enfermedades transmisibles, materno, perinatales y nutricionales los componentes de carga de enfermedad tuvieron una distribución porcentual similar. Es decir, existen enfermedades que producen más deficiencias que otras, que podrían conllevar a discapacidad, y otras producen mayor muerte prematura, lo cual es importante para orientar las intervenciones. Si analizamos la distribución de los componentes del AVISA por grupos de edad; en los niños y las niñas menores de un año, los AVP constituye casi el 90%. Además, los AVD se incrementan con la edad hasta los 60 años, para luego tener la misma proporción que los AVP.

Figura 4. Número de AVISA según grupos de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2016.

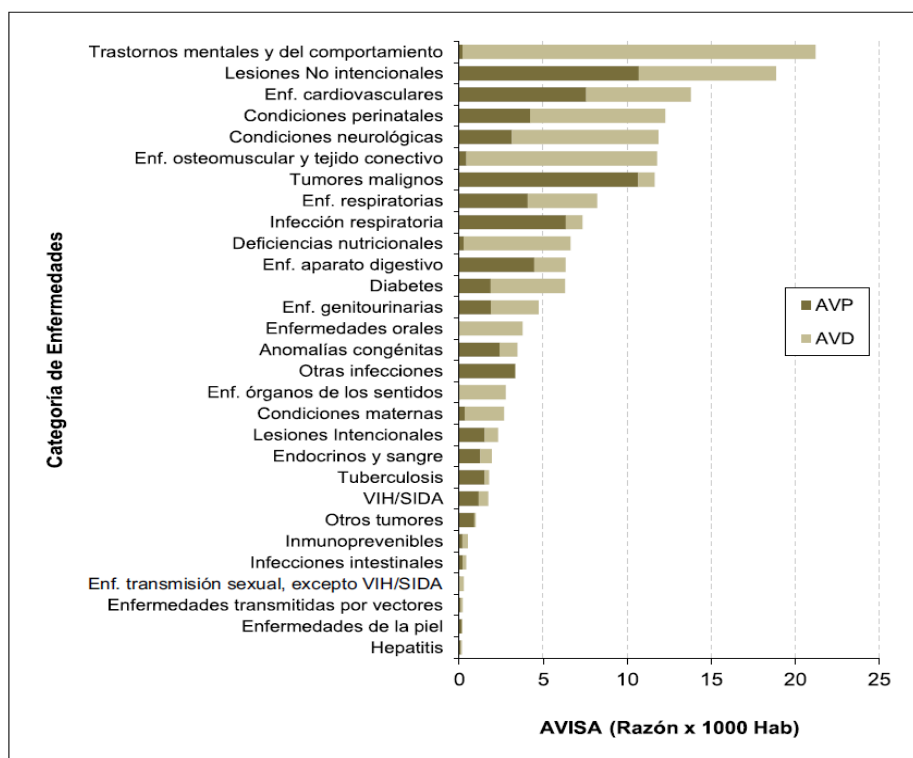


Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Cuando se analiza más específicamente qué enfermedades lideran la carga de enfermedad (Figura 5), tenemos que los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar con 12,7% (668,114 años) del total de la carga de enfermedad debido al componente de discapacidad (AVP: 1%, AVD: 99%). En segundo lugar, siguen las lesiones no intencionales con un alto porcentaje del componente de muerte prematura (AVP: 56,7%; AVD: 43,3%). Las enfermedades cardiovasculares y las condiciones perinatales contribuyen al total de la carga de enfermedad con un 8,2% y 7,3% respectivamente debido al componente de muerte prematura (AVP: 56,7%, 54,8%).

Las enfermedades cuya carga se debe principalmente al componente de discapacidad, adicional a los trastornos mentales y del comportamiento anteriormente mencionado, fueron las enfermedades de los órganos de los sentidos (AVD: 99,7%), las enfermedades orales (AVD: 99,6%), las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo (AVD: 96,3%), las deficiencias nutricionales (AVD: 96%) y las condiciones neurológicas (AVD: 93%). Por el contrario, aquellas en las que predominó el componente de muerte prematura fueron los tumores malignos (AVP: 91,8%), las infecciones respiratorias (AVP: 86,6%), la tuberculosis (86,2%) y el VIH/SIDA.

Figura 5. Razón de AVISA según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2016.



Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

En conclusión, el Perú tiene un patrón de doble carga de enfermedad, por un lado, las enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales continúan ocasionando un número importante de AVISA y las enfermedades no transmisibles ocasionan una alta carga de enfermedad, principalmente por las deficiencias que generan y que podrían devenir en discapacidad.

Este conjunto de enfermedades hasta ahora mostrados y que causan una gran cantidad de años de vida saludables perdidos en la población del país, es producto de diversos factores de riesgo o determinantes sociales que explican la carga de enfermedad. Muchos de estos factores son modificables (evitables) y que, por tanto, obligan a la acción del Estado.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen»²⁴, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

Los Determinantes Sociales de la Salud son de dos tipos:

- Los determinantes estructurales, aquellos que influyen significativamente en la estratificación de la población, como la distribución de ingresos y la discriminación (por motivos étnico-raciales, religiosos, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, idioma, identidad étnica o cultural, opinión, nivel socio económico, condición migratoria, discapacidad, condición de salud, factor genético, filiación, o de cualquier otra índole).
- Los determinantes intermedios, que vienen a ser las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos. Los sistemas de salud, como determinantes, se encuentran también en este nivel.

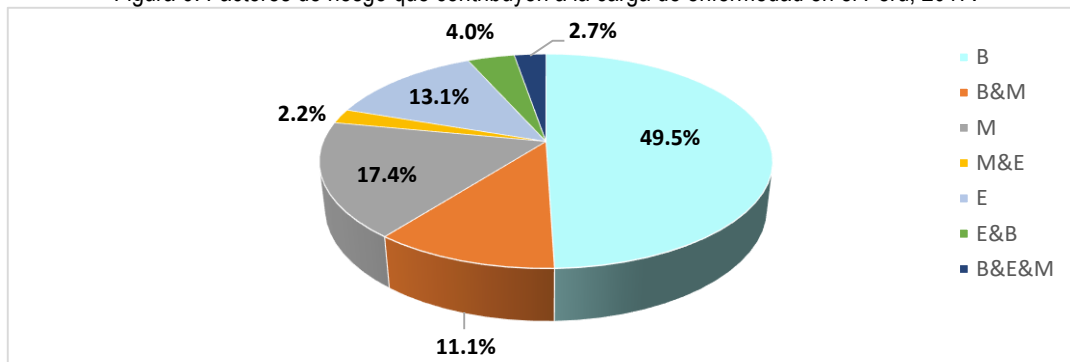
En ese contexto, la información publicada por el Instituto de Evaluación y Medición de Salud – IHME, estima la proporción de la carga de enfermedad que es explicada por determinantes sociales intermedios o factores modificables para el Perú²⁵. En este estudio se identifica que, del total de carga atribuida a factores

²⁴ https://www.who.int/social_determinants/es/

²⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy.

modificables, los factores de riesgo conductuales o estilos de vida explican el 49,54% de la carga de enfermedad atribuida, el 17,45% a los factores de riesgo metabólicos y el 13,15% a factores ambientales. Asimismo, la asociación de los factores de riesgo metabólicos y del comportamiento representan el 11,04%. (Figura 6).

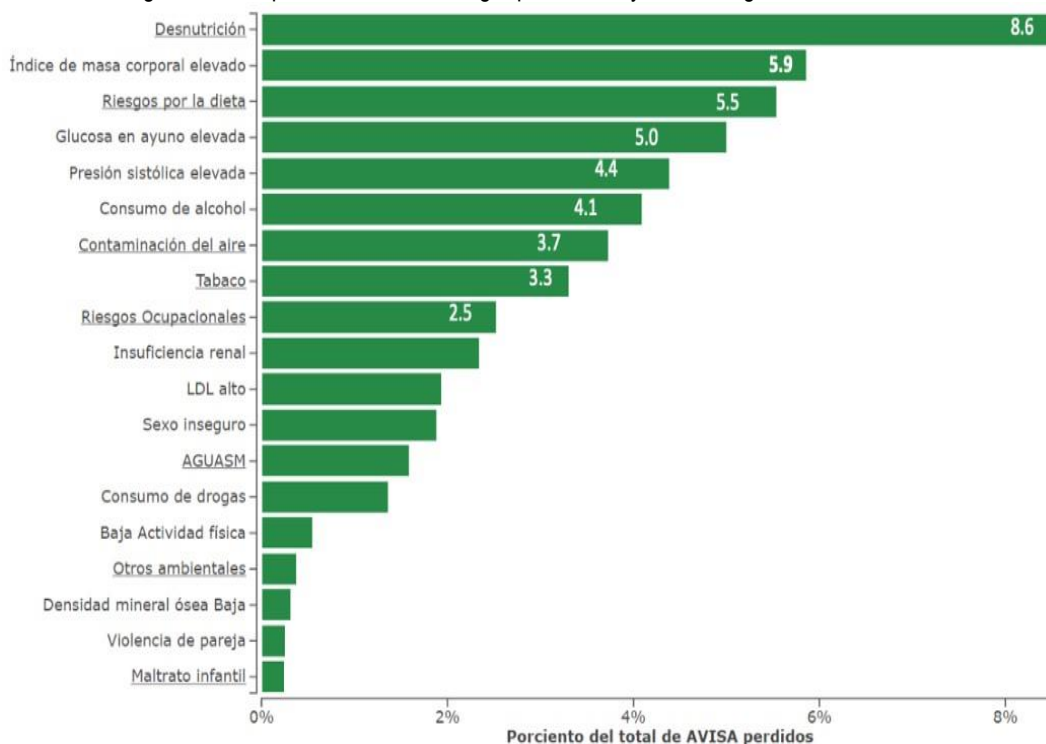
Figura 6. Factores de riesgo que contribuyen a la carga de enfermedad en el Perú, 2017.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington.
B=Comportamiento; M=Metabólica; E= Ambiental.

Al analizar específicamente los factores de riesgo modificables que contribuyen a la carga de enfermedad, se observa que la desnutrición e índice de masa corporal elevados, ocupan los primeros lugares de la lista de factores, esto significa que nuestro país afronta una doble carga de enfermedad, tanto por exceso como por carencia (Figura 7). Otros factores de riesgo que resaltan son: riesgo por la dieta inadecuada y el consumo de alcohol, ambos, factores relacionados con estilos de vida. Es importante hacer notar que estos factores modificables forman parte de los determinantes sociales intermedios (Factores biológicos y del comportamiento).

Figura 7. Principales factores de riesgo que contribuyen a la carga en el Perú, 2017.

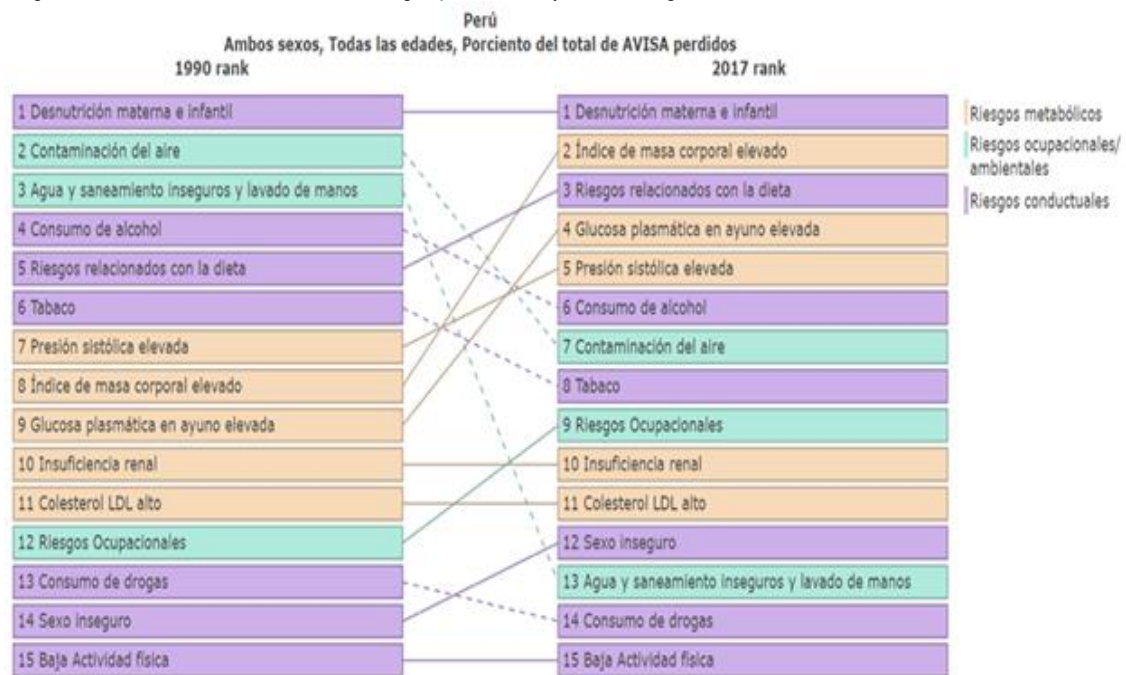


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018.

Por otra parte, el comportamiento de los factores de riesgo que contribuyen a la carga de enfermedad en el Perú ha cambiado a lo largo del tiempo, como se observa en la Figura 8. Aunque la desnutrición materna e infantil ocupa el primer lugar tanto en 1990 como en el 2017, los factores que han cambiado de posición

son aquellos relacionados con la dieta, al índice de masa corporal elevado, a la glucosa plasmática en ayunas elevada y a la presión sistólica elevada.

Figura 8. Cambio de los factores de riesgo que contribuyen a la carga de enfermedad en el Perú entre 1990-2017



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018.

Los años de vida saludables perdidos, se explican por estos factores modificables los cuales forman parte de los determinantes sociales intermedios (Factores biológicos y del comportamiento) y el abordaje de los determinantes sociales intermedios y los estructurales, entre ellos el cambio de comportamientos y de estilos de vida, la protección del medio ambiente, la disponibilidad continua de agua segura e instalación de servicios de saneamiento, la seguridad alimentaria, el acceso a educación de calidad y el aseguramiento universal en salud.

Desde este punto de vista, la responsabilidad por la mejora del estado de salud de la población y la prevención de enfermedades, es una responsabilidad compartida por diversos sectores: liderada por el Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional cuya tarea misional es lograr un sistema de salud articulado, eficaz y eficiente; el sector educación tan importante en la formación de hábitos, conductas y estilos de vida desde los primeros años de vida de las personas; el sector vivienda, construcción y saneamiento a cargo de una condición vital para la vida como es la provisión de servicios de agua segura y de alcantarillado; el sector de desarrollo e inclusión social, irremplazable en la atención alimentaria y asistencia social hacia los grupos más vulnerables; el sector de ambiente, fundamental en la vigilancia y control de la contaminación del medio ambiente; los sectores de transportes e interior con respecto a la seguridad vial y prevención de accidentes de tránsito; entre otros sectores.

En conclusión, la solución a la situación presentada requiere de la intervención del sector público de manera multisectorial, dado que se requiere desarrollar y fortalecer la aplicación del marco regulador sobre distintos determinantes sociales de la salud, así como ampliar y mejorar la provisión de servicios públicos de diverso tipo que mejore las condiciones de vida, modifique positivamente las conductas y estilos de vida de las personas, y facilite el uso de los servicios públicos, entre ellos los de salud; en especial para las personas de sectores menos favorecidos, de zonas rurales y periurbanas para quienes la acción del Estado es fundamental (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Sectores involucrados

| Sector | Acciones |
|--------|----------|
|--------|----------|



| | |
|------------------------------------|---|
| Educación | Formación de hábitos, conductas y estilos de vida a lo largo de la vida |
| Vivienda, Construcción Saneamiento | Provisión de servicios de agua segura y de alcantarillado |
| Mujer y Poblaciones Vulnerables | Contribuir a la reducción de la alta prevalencia de la violencia familiar en mujeres niñas, niños y adolescentes. |
| Desarrollo e Inclusión Social | Atención, promoción de prácticas saludables y asistencia social hacia los grupos más vulnerables, y Facilitar acceso a servicios del Estado. |
| Ambiente | Vigilancia y control de la contaminación del medio ambiente |
| Transportes y Comunicaciones | Seguridad vial y prevención de accidentes de tránsito |
| Agricultura y Riego | Vigilancia de la Inocuidad de alimentos y seguridad alimentaria |
| Justicia y Derechos Humanos | Intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el INPE y Centros Juveniles |
| Trabajo y Promoción del empleo | Seguridad y Salud en el Trabajo |
| Interior | Intervenciones sanitarias en IPRESS del sector, Seguridad ciudadana |
| Defensa | Intervenciones sanitarias en IPRESS del sector, Gestión de riesgo de desastres |
| Cultura | Asistencia técnica a los otros sectores y entidades para garantizar la inclusión del concepto pertinencia cultural en la aplicación de las políticas públicas |

Fuente: Elaboración propia

a) Diagnóstico por género y causas de AVISA

La carga de enfermedad es similar en ambos grupos (Tabla 6), pero el orden de las categorías y subcategorías es diferente relacionadas a accidentes y lesiones es mucho mayor en los varones que en las mujeres, en todos los grupos de edad.

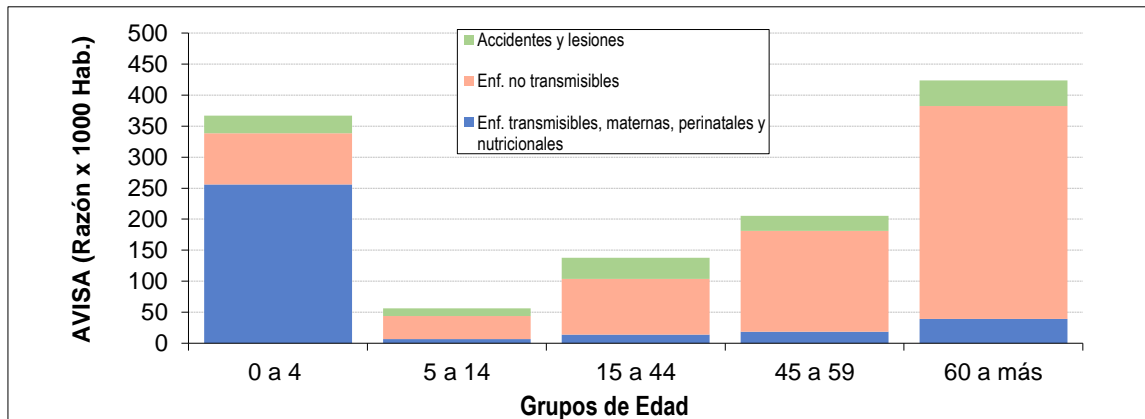
Tabla 6. Distribución del Número y razón de los años de vida saludables según sexo. Perú 2016

| Sexo | Número | % | Razón por mil |
|--------------|------------------|--------------|---------------|
| Varones | 2,909,636 | 54,7 | 181.9 |
| Mujeres | 2,405,992 | 45,3 | 155.3 |
| Total | 5,315,558 | 100,0 | 168,8 |

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

En los varones, la carga de enfermedad de los niños y las niñas menores de 5 años fue consecuencia principalmente de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. En el resto de la población, las enfermedades no transmisibles fueron responsables de la mayor carga, predominando sobre todo en las personas mayores de 60 años (Figura 9).

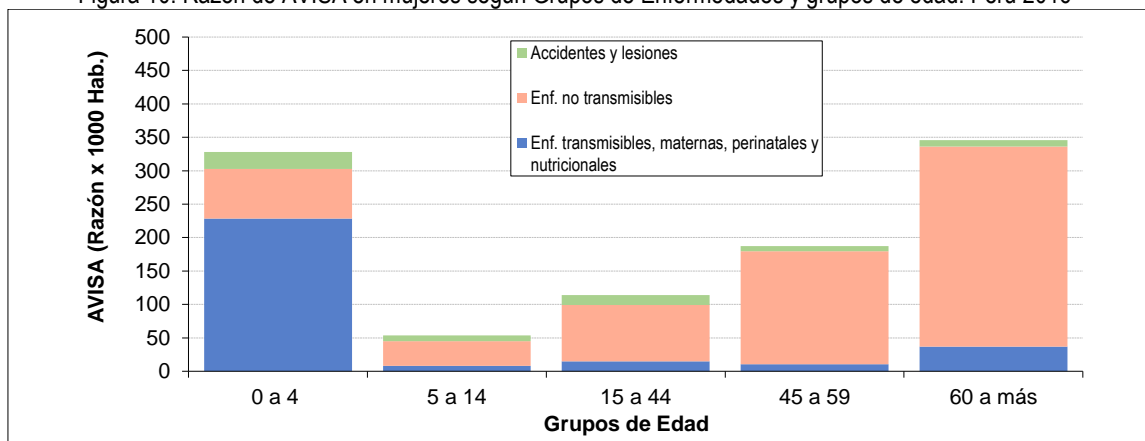
Figura 9. Razón de AVISA en varones según Grupos de Enfermedades y grupos de edad. Perú 2016



Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

De manera similar a lo señalado anteriormente, la principal pérdida de años saludables en las mujeres fue debido a las enfermedades no transmisibles; le siguen las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales y en tercer lugar los accidentes y lesiones. Solo en los niños y las niñas menores de 5 años los AVISA se debieron principalmente a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (Figura 10).

Figura 10. Razón de AVISA en mujeres según Grupos de Enfermedades y grupos de edad. Perú 2016

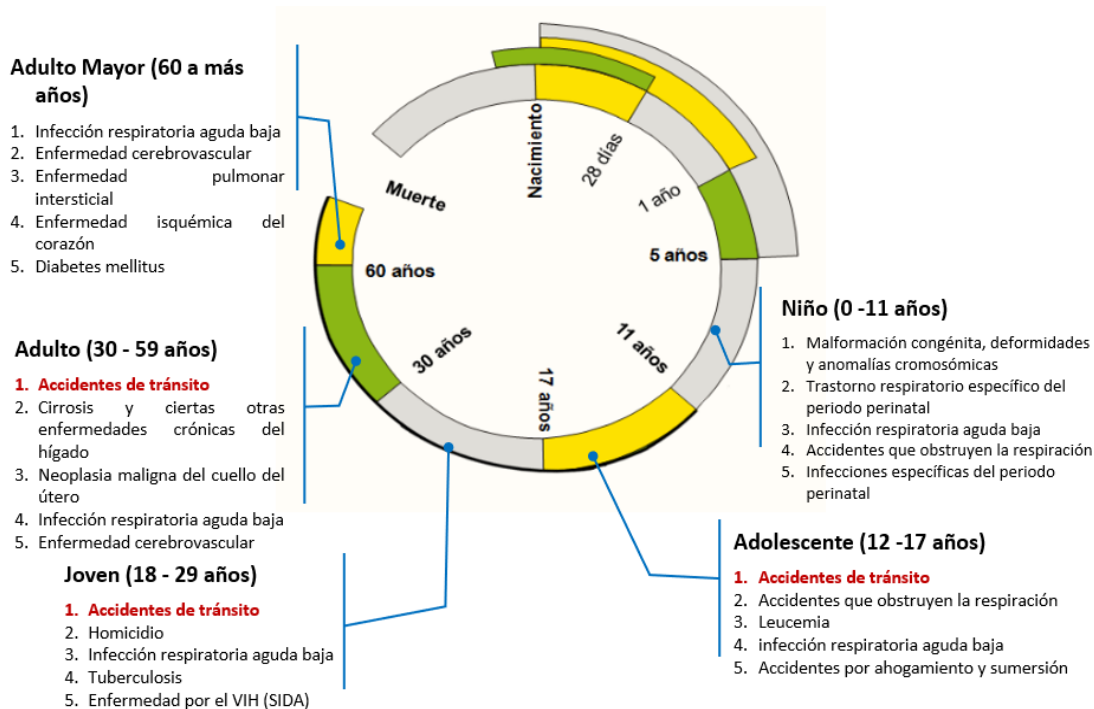


Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

b) Diagnóstico por etapa de vida

De la misma manera se cuenta, con la situación de salud en relación por etapas de vida, que elaboró la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral con relación a las causas de mortalidad por etapas de vida (Figura 11). En la etapa Niño (0-11 años) la primera causa se debe a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, mayormente generadas por causa genética (inevitable) en etapa prenatal y postnatal; seguido de Trastornos respiratorios del período perinatal y de Infecciones respiratorias agudas bajas. En la etapa Adolescente (12-17 años), los siniestros viales representan la primera causa de mortalidad, seguida de accidentes que obstruyen la respiración (ahogamiento por cuerpo extraño) y por Leucemias. En la etapa Joven (18-29 años), los siniestros viales siguen como primera causa de mortalidad, seguido de homicidio (asociado a violencia) y por Infecciones respiratorias agudas bajas. En la etapa Adulto (30-59 años), la primera causa de mortalidad debido a los siniestros viales se sigue con Cirrosis y enfermedades del hígado, así como de Neoplasias malignas. Finalmente, en la etapa Adulto Mayor (60 a más), las Infecciones respiratorias agudas bajas representan la primera causa de muerte, seguido de la Enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar.

Figura 11. Causas de mortalidad según etapa de vida.



Elaborado por DVICI-DGIESP-MINSA.
Fuente: Base de datos HIS 2015.

c) Diagnóstico territorial

Una de las enfermedades prevalentes en las regiones del país y que es una prioridad nacional por las repercusiones que tiene en la salud y el desarrollo de las personas, es la Anemia, sobre todo en los menores de 06 a 36 meses. La prevalencia de Anemia en el país sigue siendo elevada en el país en los menores de 06 a 36 meses, reportándose una prevalencia de 40.1% en el año 2019, 3.3 puntos porcentuales menos que el año anterior. Las regiones con la mayor prevalencia son Puno, Cusco, Huancavelica, Junín, Ucayali, Loreto; Madre de Dios, Pasco, Apurímac, Ayacucho, San Martín, Tumbes y Piura, quienes superan el promedio nacional (40.1%). Si bien es cierto hay una disminución, aún la prevalencia es alta en las regiones como Loreto, Pasco, San Martín.

La mortalidad en menores de 5 años muestra una disminución, de 30 x 1000 nacidos vivos en el año 2006 a 15 x mil nacidos durante el periodo 2017-2018. La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio, y es un indicador de impacto de los programas e intervenciones en esta área.

En el año 2018, la tasa de mortalidad neonatal promedio en el Perú fue de 10 por cada 1000 nacidos vivos, siendo el 29.8% de ellas evitable, ya que ocurrió en recién nacidos a término, con buen peso y sin malformaciones congénitas letales²⁶. La Mortalidad neonatal fue mayor en el área rural con 14 x 10000 nacidos vivos, a diferencia del área urbana, según región natural la selva tiene la tasa más alta a comparación de la costa y la sierra, así mismo en el quintil inferior y segundo quintil. De acuerdo con los resultados de la ENDES 2019, las regiones de Huánuco, Junín, Loreto, Pasco, San Martín, Ancash, Cajamarca, Madre de Dios, Piura Tacna y Tumbes son las que reportan las tasas más altas.

Según el Módulo DIT-ENDES 2019, en el Perú, el 6.5% de niñas y niños que nacieron tuvieron bajo peso al nacer, siendo mayor en el área rural (8.6%). El 22.3% tuvieron nacimiento prematuro, antes de las 37 semanas de gestación, presentándose con mayor frecuencia en el área urbana (25.1%).

²⁶ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Subsistema de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal y Neonatal. Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal

Las regiones que reportan la mayor cantidad de muertes maternas después de Lima Metropolitana, es Piura, Loreto, Ucayali, Puno, quienes reportan las mismas cifras desde el año 2014.

Del total de muertes maternas a nivel nacional, el 59.6% se debe a muertes directas, las mismas que pueden ser evitadas, dado que la muerte obstétrica resulta de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, producto de intervenciones o de omisiones, tratamiento incorrecto entre otros.

Las enfermedades transmisibles junto a las enfermedades perinatales y nutricionales (anteriormente descritas) aportan el 21.4% de la carga de enfermedades. Las enfermedades transmisibles incluyen: la tuberculosis, infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y las hepatitis virales; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades zoonóticas; y las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

La tendencia de la incidencia notificada por tuberculosis (TB) ha sido descendente desde el año 1992 al 2001 con cifras de 6 a 7% anual, con posterior desaceleración. La tasa de incidencia se encuentra en descenso desde el año 2006, siendo más lento casi estacionario en los últimos 5 años. Sin embargo, existe una brecha de detección con relación a las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, la cual asciende al 16% de casos no identificados. La detección de esta brecha diagnóstica se debe realizar mediante la detección activa de casos en poblaciones vulnerables; después de lo cual se iniciaría con una disminución anual de 10% de la incidencia por año, controlando la transmisión (epidemia) que de paso a la eliminación y futura erradicación.

El Perú diagnosticó 32, 970 casos de TB en el 2019, logrando una cobertura de detección de 89,1% respecto a la estimación de la OMS; con intervenciones basadas en la búsqueda activa de casos en poblaciones vulnerables: población penal, niños y niñas, contactos TB, personas con diabetes, personas viviendo con VIH y trabajadores de salud. Los 32, 970 casos de TB en todas sus formas diagnosticados se traducen en una tasa de morbilidad de 101.4 x 100,000 habitantes. El análisis epidemiológico estratificado identifica escenarios de riesgo nivel nacional al 2018, se observa la persistencia de regiones de muy alto riesgo de transmisión: Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali; y de alto riesgo de transmisión: Loreto, Tacna, Ica y La libertad.

De acuerdo con el modelo conceptual de factores y determinantes de la Tuberculosis, la exposición al bacilo tuberculoso se ve facilitada por el alto nivel de contacto con gotitas infecciosas, producto de los casos de tuberculosis activa en la comunidad y el hacinamiento. Además, la infección se ve facilitada por el deterioro de la defensa del huésped por factores como: Humo de tabaco, contaminación ambiental, VIH, desnutrición, enfermedades pulmonares (asma, EPOC, silicosis), diabetes, alcoholismo, drogadicción, depresión, edad, sexo y factores genéticos. Los mismos factores afectan la enfermedad activa. Por otro lado, la irregularidad del tratamiento, el abandono del tratamiento, estigma y discriminación afectan la tasa de éxito del tratamiento. Todos estos factores, son factores de riesgo proximales.

En el Perú, el Ministerio de Salud estima que existen unas 72 000 personas que viven con VIH, de ellas, aproximadamente 1 de cada 4 aún no saben que tienen la infección²⁷. Según el Centro Nacional de Epidemiología²⁸; desde 1983 a diciembre del 2018 los datos acumulados registran a 120 389 casos de infección por VIH y 43 072 casos de sida a nivel nacional. Del total de casos notificados en VIH en el periodo de 1983 a diciembre 2018 la vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con 97,58%, seguido del 1,98% por transmisión madre-niño/niña (vertical) y 0,44% vía parenteral.

La prevalencia de VIH estimada en la población general adulta es de 0,3%, es decir, 3 de cada 1000 personas viven con VIH, en varones que tienen sexo con otros varones la prevalencia estimada es de 12%, es decir, 1 de cada 8 varones que tienen sexo con varones vive con VIH y en mujeres trans asciende hasta un 21%; es decir, 1 de cada 5 mujeres transgénero vive con VIH²⁹.

²⁷ CDC/DPVIH. Estimaciones Spectrum 2017

²⁸ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú. Casos notificados al 31-12-2018

²⁹ Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis. MINSA, 2013

El término transgénero se refiere a las personas que se identifican o expresan con un género diferente al asignado por su sexo al nacer³⁰, estimaciones del tamaño de la población transgénero son escasas a nivel mundial. Los indicadores de salud de las mujeres transgénero³¹ (MTG) son marcadamente negativos en todos los países del mundo independientemente de su grado de desarrollo económico. Entre estos se encuentran la alta prevalencia de VIH, de infecciones de transmisión sexual, problemas de salud mental, abuso de alcohol y drogas, entre otras. Existe suficiente información para precisar los factores biológicos, de comportamiento, sociales, legales y estructurales que rodean a estos indicadores negativos. Asimismo, existen inequidades multifactoriales incluyendo marginalización social y económica, estigma, discriminación y violencia que influyen en la vulnerabilidad de las MTG al VIH.

Los determinantes de la vulnerabilidad al VIH entre MTG se producen en múltiples niveles. A nivel individual, se ha demostrado que el uso inconsistente del condón con parejas masculinas, la frecuencia de pruebas de VIH subóptima, los niveles bajos de percepción de riesgo de VIH y la alta incidencia y la coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS) contribuyen a la incidencia del VIH en población de mujeres transgénero del Perú. A nivel interpersonal, se ha reportado que la dinámica de poder dentro de las relaciones personales impide el uso del condón y otras conductas de prevención del VIH. A nivel estructural, la discriminación y la transfobia son barreras para acceder a la prevención y atención de rutina del VIH para MTG³². Las experiencias de marginación y exclusión ponen a muchas MTG en riesgo de inestabilidad social y económica³³.

Bajo estas condiciones de vulnerabilidad es que las MTG peruanas reportan un alto porcentaje de participación en el trabajo sexual, abuso de sustancias y experiencias de violencia doméstica y social, todo lo cual impide el acceso y la participación en la prevención y tratamiento del VIH. El estigma que se encuentra en entornos médicos también es una barrera para la retención en el tratamiento y la atención del VIH para los MTG que viven con VIH³⁴. Además, estos factores multinivel que impulsan los riesgos de transmisión del VIH a menudo se superponen y dificultan que las MTG se adhieran a la atención continua³⁵.

Los reportes epidemiológicos de VIH raramente discriminan las epidemias en mujeres transgénero de aquella a la de otros varones que tienen sexo con varones³⁶. A nivel mundial, las mujeres transgéneros tienen un alto riesgo de infección por el VIH con una prevalencia combinada del 19,1% del VIH basado en un meta-análisis de 39 estudios, un aumento de 48,8 veces en las probabilidades de VIH en comparación con la población adulta general.

De acuerdo a la información reportada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la mayoría de casos de infección por VIH y SIDA, provienen de las regiones con mayor concentración urbana de la costa y selva (Lima/Callao, Loreto, La Libertad, Ucayali, Amazonas). Los casos reportados en Lima y Callao representaban el 40% de los casos de todo el país. El perfil de la epidemia de VIH entre varones y mujeres ha mostrado cambios en los últimos cinco años. En el período del 2000 al 2012 la razón varón/mujer se mantuvo en un nivel entre 2,1 y 2,9. Sin embargo, a partir del 2013 se ha observado un incremento en esta razón, que oscila entre 3,3 y 3,7. Por otra parte, la mayoría de casos de infección por VIH se concentra en jóvenes y adultos jóvenes en edad reproductiva: La mediana de estos casos es de 27 años, lo que implica que el 50% de los casos son menores de 27 años. Mientras que el grupo de varones y mujeres entre 25 y 29 años constituye el 10.5% de todos los casos de VIH³⁷.

³⁰ Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214-22

³¹ Tomado del "Estudio de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de VIH e ITS en Mujeres Transgénero (MTG) en 11 ciudades del Perú". Investigadores Principales: Dr. Jorge Sánchez Dra. Kelika Konda Dr. Pedro Gonzales

³² Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch MB, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet.* 2015;385(9964):27486

³³ Radix A, Sevelius J, Deutsch MB. Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: a comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(3 Suppl 2):20810.

³⁴ Salazar, X. and J. Villayzan, Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/SIDA. 2009: Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Universidad Peruana Cayetano Heredia, REDLACTRANS, UNFPA.

³⁵ Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214-22

³⁶ Van Griensven F, Na Ayuthaya PP, Wilson E. HIV Surveillance and prevention in transgender women. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):185-186

³⁷ Reisner, S.L., J. Lloyd, and S.D. Baral, Technical Report: The Global Health Needs of Transgender Populations. 2013.

Al evaluar las vías de transmisión del virus, se evidencia que la transmisión de la epidemia en el Perú es casi exclusivamente sexual, debido a que esta vía representa el 97.57% de las formas reportadas de transmisión de los casos de VIH. Mientras que la transmisión materno infantil representa el 1.98% y la transmisión parenteral el 0.45% de todos los casos reportados. De acuerdo a las vigilancias centinelas anteriores y estudios epidemiológicos realizadas en varones y mujeres transgénero que tienen sexo con varones y otras poblaciones, la epidemia del VIH en el Perú sigue siendo desproporcionadamente concentrada en la población de varones y mujeres transgénero que tienen sexo con varones, con estimaciones de prevalencia que van del 30% a cerca del 50%^{38,39}, en comparación con menos del 1% en mujeres embarazadas y entre el 1 a 3% en trabajadoras sexuales femeninas^{40,41}.

Las regiones que continúan reportando la mayor cantidad de casos son Loreto, Lima, Callao; en este último quinquenio incrementaron 03 regiones con mayor número de casos notificados: Ucayali, La Libertad y Arequipa. Las regiones de Madre de Dios, Cusco, Puno, Tacna y Huánuco incrementaron su notificación respecto al quinquenio anterior.

A nivel nacional en el año 2017 se reportó un alto número de casos (68,290) de Dengue, llegando a reportar una incidencia de 213.30 x 100 mil habitantes, siendo Piura la región más afectada con 44,275 casos, seguido de La Libertad, Tumbes e Ica debido a las condicionantes agravadas por el fenómeno del niño costero; estas cifras disminuyeron a nivel nacional en el año 2018 (4698 casos), sin embargo esta cifra volvió a incrementar en el año 2019 concentrándose en 6 regiones del país: Loreto, Madre de Dios, San Martín, Tumbes, Lambayeque, y Junín, debido a las condicionantes climáticas aunado a barreras de acceso a agua por red pública.

Loreto es una de las regiones que reporta casos de Dengue todos los años, incrementando el año 2019 y según el Centro de Prevención y Control de Enfermedades a la semana 24 se han reportado 6,934 casos concentrándose en los distritos de Iquitos, San Juan Bautista, Punchana, Belén y Yurimaguas. Otra región, afectada por esta enfermedad es Madre de Dios, esta región reportó la mayor cantidad de casos en el año 2019 (7,399), y a la semana 24 del presente año tiene un reporte de 3,122 casos. La mayoría de las regiones que en el 2019 experimentaron incremento de reporte de casos, sobre todo las regiones de la selva reportan un incremento mayor a la semana 24 del presente año. Las posibles razones del aumento de estos casos pueden deberse al incremento de la temperatura, lo cual favorece a la población de *Aedes aegypti*. Cuando aumentan las lluvias hay más lugares donde los mosquitos se reproducen y cuando la temperatura sube, los mosquitos maduran más rápido, incrementando la población de vectores del Dengue, aunado a las condiciones actuales en contexto de pandemia por la covid19 que ha limitado las intervenciones del sector salud como el control vectorial y las actividades de detección. Situación similar ocurre con Leptospirosis, enfermedad zoonótica relacionada al acceso a saneamiento básico, sobre todo a desagüe por red pública. Esto aunado a las características climatológicas e hidrográficas que pueden generar inundaciones en la vivienda incrementa el riesgo de enfermedad. El clima tropical; es decir cálido y lluvioso, las temperaturas altas y la temporada de creciente de los ríos que se da entre los meses de diciembre a julio generan fuertes precipitaciones pluviales, los cuáles originan inundaciones en las comunidades ribereñas y zonas periféricas ocasionando daños a la salud, la vida y los bienes de la población. El año 2019 Loreto y Madre de Dios fueron las regiones que reportaron la mayor cantidad de casos (3053-2558), este año a la semana 24 se han reportado 5,386 casos, Madre de Dios reporta 2495 casos; Ucayali el año pasado reporto 70 casos, y a la semana 24 del presente año ha incrementado a 249 casos.

³⁸ Sanchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, Rouillon M, Pun M, Suarez L, Montano S, Sanchez JL, Tabet S, Hughes JP, Celum C. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Apr 15;44(5):578-85. PubMed PMID:17279049

³⁹ Silva-Santisteban, A., et al., Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS Behav*, 2012. 16(4): p. 872-81

⁴⁰ Sanchez J, Gotuzzo E, Escamilla J, Carrillo C, Barrios C, Phillips I, Stamm W, Ashley R, Kreiss J, Holmes KK. Gender differences in sexual practices and sexually transmitted infections among adults in Lima, Peru. *Am J Public Health*. 1996 Aug;86(8):1098-107. PubMed PMID: 8712268; PubMed Central PMCID: PMC1380620.

⁴¹ Sanchez J, Lama JR, Peinado J, Paredes A, Lucchetti A, Russell K, Kochel T, Sebastian JL. High HIV and ulcerative sexually transmitted infection incidence estimates among men who have sex with men in Peru: awaiting for an effective preventive intervention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 May 1;51 Suppl 1:S47-51. PubMed PMID: 19384102; PubMed Central PMCID: PMC2725017.



En el mes de junio del año 2019, se registraron fuertes lluvias en la provincia de Maynas, ocasionando inundación de viviendas e instituciones educativas asimismo afectación del sistema de alcantarillado en los distritos de Iquitos, Punchana y San Juan Bautista, esta situación se repitió en el mes de octubre afectando a los mismos distritos añadiéndose el distrito de Belén; asimismo en este período (Sem. 21-49) se incrementó el reporte de los casos de leptospirosis, siendo los distritos de San Juan Bautista, Iquitos y Belén y Punchana los más afectados.

Estas tres regiones tienen las más bajas coberturas de acceso de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos (Loreto: 45.8%, Madre de Dios: 60.1%, Ucayali:49%).

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración que, por lo general, evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por aportar con la mayor proporción a la carga de enfermedad en el país.

La Hipertensión Arterial, genera como consecuencia, el daño progresivo de diversos órganos del cuerpo, así como es esfuerzo adicional que hace el corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos. Según la ENDES 2018 la prevalencia de Hipertensión en el país es 20,1% de la población tiene diagnóstico de Hipertensión Arterial, siendo más elevado en las regiones de Tumbes (23.8%), Loreto (22,8%), Madre de Dios (11.8%).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar niveles altos de azúcar en la sangre (glucemia). En el 2018, el 3,6% de la población de 15 y más años informó que fue diagnosticada con diabetes mellitus por un médico alguna vez en su vida; este porcentaje se incrementó en 0,3 puntos porcentuales con respecto al 2017. Las regiones que reportan la mayor proporción son Tumbes (6.6%), Región Lima (4.9%), Arequipa (4.6%) Provincia de Lima (4.5%), Ica (4.4%) que superan el promedio nacional.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. Incrementándose el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (como la osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, etc.).

En el 2018, la ENDES encontró que el 22,7% de las personas de 15 y más años sufren de obesidad. En el 2017 esta prevalencia fue de 21,0%. Según departamento, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años con obesidad residen en Moquegua (32,4%), Tacna (31,1%), Madre de Dios (30,7%), Ica (30,5%), Provincia Constitucional del Callao (29,1%), provincia de Lima (27,0%), Región Lima (26,4%) y Tumbes (25,8%).

Los problemas de salud mental comprenden un amplio rango de patrones de comportamiento, pensamientos o emociones que generan malestar, sufrimiento, menoscabo del funcionamiento en la familia, escuela, trabajo u otros espacios sociales y/o en la habilidad para vivir independientemente, o presenta un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, pérdida de libertad o deficiencias en el funcionamiento que conlleven a determinar una discapacidad. Los problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento constituyen los dos campos de actuación del cuidado integral de salud mental.

Según el estudio de carga de enfermedad estos problemas ocupan el primer lugar determinado sobre todo por el componente de discapacidad. Se estimaba que en el Perú existían 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De estas, 67,8% presentar discapacidad moderada y severa. El 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, especialmente depresión, trastornos de

ansiedad, consumo perjudicial, abuso y dependencia del alcohol y el 20% de niños y niñas padecen trastornos de conducta y de las emociones⁴².

d) Diagnóstico de la salud en población en situación de vulnerabilidad

Población indígena

El Perú es un país pluriétnico y pluricultural (ver Tabla 7), donde coexisten diversos pueblos indígenas, cuya concepción de la salud es holística y expresa relaciones dinámicas entre lo individual y lo colectivo; entre lo natural y lo social como componentes inseparables. Según la Base de datos de Pueblos Indígenas u Originarios, existen 55 pueblos indígenas en todo el territorio peruano. La mayor parte de estos pueblos indígenas amazónicos se encuentran en los departamentos de Loreto (32), Ucayali (20), Madre de Dios (10), Cusco (8), Huánuco (5), Junín (5), Pasco (4), San Martín (4) y Amazonas (3).

De todos estos departamentos, Loreto (54,8%), Ucayali (51,1%), Amazonas (45,8%) y San Martín (44,2%) presentan los porcentajes más altos de población con al menos alguna necesidad básica insatisfecha.

Tabla 7. Regiones de la Amazonia según Pueblos Indígenas y Lenguas Indígenas u Originarias

| REGIÓN | Nro. de Pueblos Indígenas (PPII) | Lenguas indígenas u originarias | Población que vive en el ámbito de las localidades | % del total de habitantes | Población que tiene como lengua materna una lengua originaria | % del total de habitantes |
|---------------|----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
| Amazonas | 3 PPII | 3 | 65 459 | 17.30% | 48 099 | 13.50% |
| Cusco | 8 PPII | 7 | 335 030 | 27.80% | 632 157 | 55.10% |
| Huánuco | 5 PPII | 5 | 147 971 | 20.50% | 192 338 | 28.20% |
| Junín | 5 PPII | 5 | 115 500 | 9.30% | 200 407 | 17.00% |
| Loreto | 32 PPII | 30 | 160 240 | 18.10% | 53 013 | 6.40% |
| Madre de Dios | 10 PPII | 9 | 4 221 | 3.00% | 28 726 | 21.60% |
| Pasco | 4 PPII | 4 | 27 914 | 11.00% | 35 475 | 14.70% |
| San Martín | 4 PPII | 4 | 47 511 | 5.80% | 14 034 | 1.80% |
| Ucayali | 20 PPII | 16 | 59 009 | 11.90% | 62 413 | 12.50% |

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas (2017).

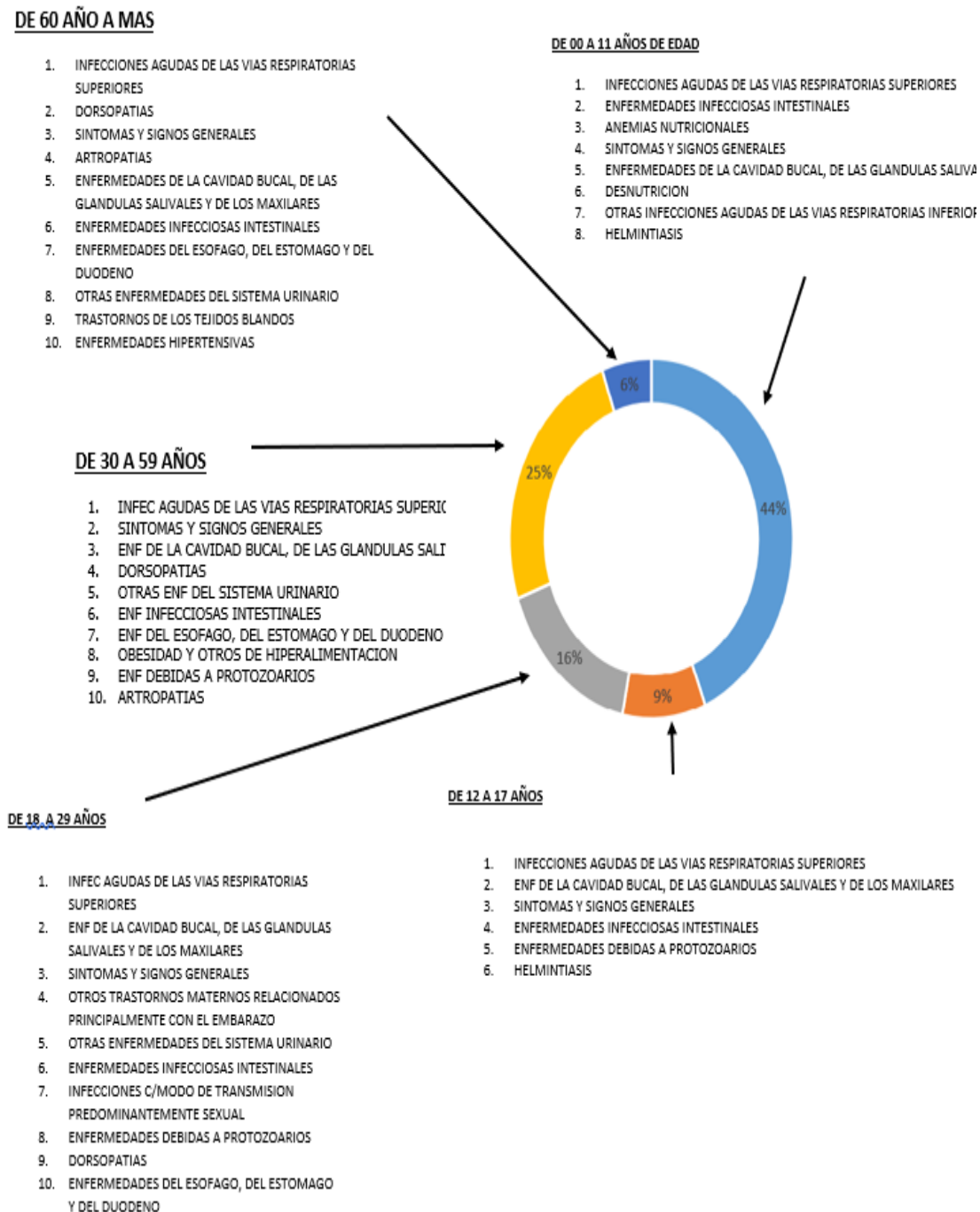
En las regiones de la Amazonia peruana existe una gran cantidad de población que tiene como lengua materna, alguna lengua indígena u originaria. La mayor parte se encuentra en Loreto con 30 lenguas originarias, siguiendo con Ucayali (16), Madre de Dios (9), Cusco (7), Huánuco (5), Junín (5), Pasco (4), San Martín (4) y Amazonas (3); sin embargo, las personas hablantes de alguna de estas 48 lenguas indígenas son más pobres que aquellos cuya lengua materna es el castellano. El 17,4% de la población hispanohablante se encuentra por debajo de la línea de pobreza; este porcentaje es superior al 30% en la población quechua y aimara hablante y por encima del 55% en población que aprendió a hablar en alguna de las lenguas amazónicas y alto andinas de nuestro país, reflejando así las desigualdades sociales que sufren las comunidades indígenas en el territorio peruano y evidenciando las condiciones desfavorables que afectan su supervivencia y su desarrollo.

Entre los problemas de salud de la población indígena se tiene a la Desnutrición Crónica Infantil con el 49.7% de niños y niñas según ENDES 2016. Los pueblos indígenas son particularmente vulnerables al VIH/SIDA y sífilis, en el 2004 se registró en una comunidad nativa Shiwilú del Datem del Marañón una seroprevalencia de VIH en las personas adultas de 7.5% y 6.3% para sífilis. En relación con Hepatitis B, un estudio realizado en el año 2006 encontró que existe una mayor prevalencia de HVB en población indígena (64.3%) que en población mestiza (50.6%).

⁴² INSM-Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

De la información de perfil de morbilidad de los pueblos originarios amazónicos (Figura 12), donde la primera causa de morbilidad en todas las etapas de la vida son las infecciones respiratorias agudas altas.

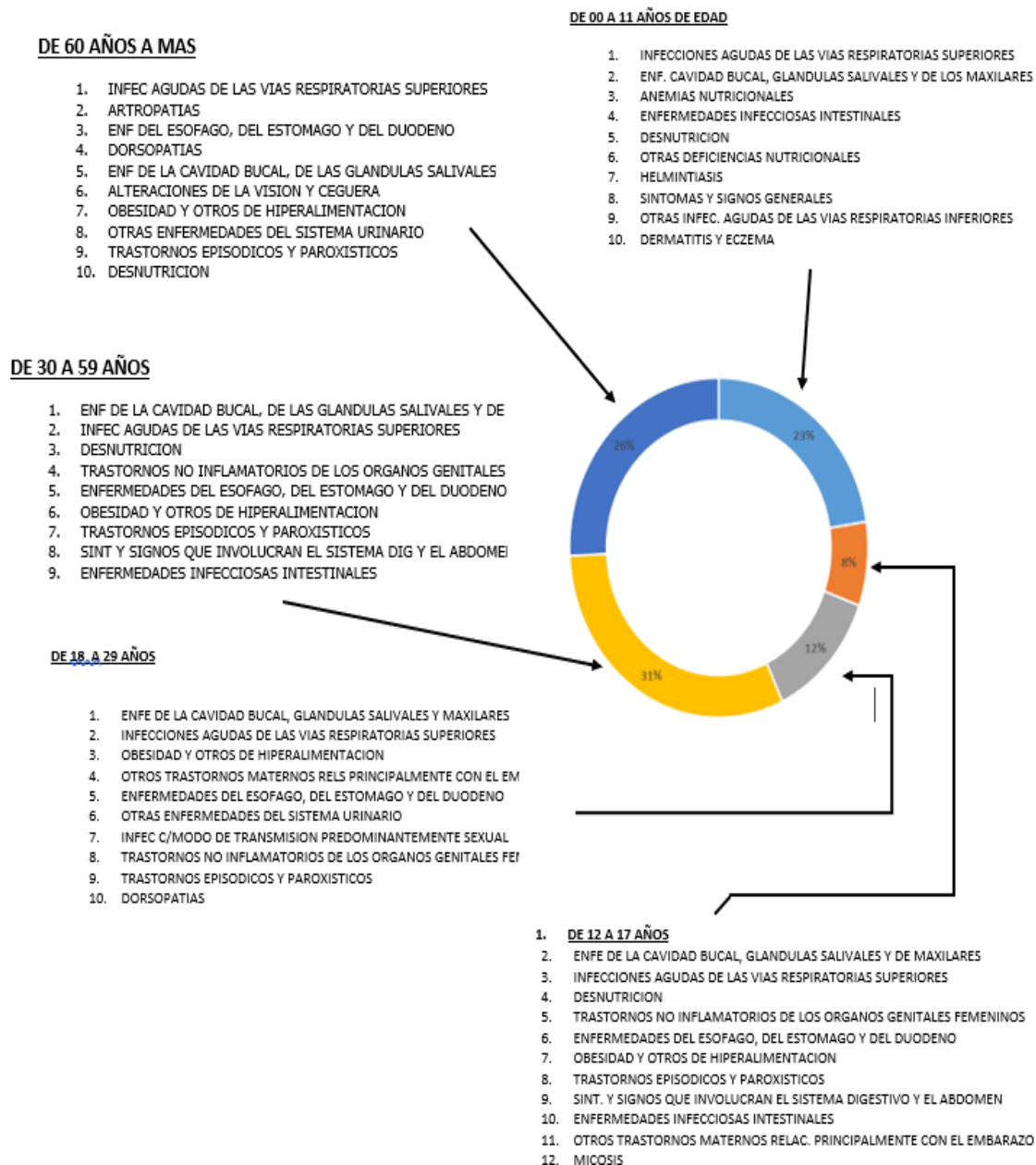
Figura 12. Principales causas de morbilidad por ciclo de vida de la población originaria amazónica.



Elaborado por Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud.
Fuente: Base de datos HIS de enero a junio 2019.

La Figura 13 muestra el perfil de morbilidad de los pueblos originarios andinos, donde la primera causa de morbilidad tanto en los extremos de la vida (Etapa niño y adulto mayor) son las infecciones respiratorias agudas altas, mientras que en las demás etapas están asociadas principalmente a enfermedades de la cavidad bucal.

Figura 13. Principales causas de morbilidad por ciclo de vida de la población originaria andina.



Elaborado por Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud.
Fuente: Base de datos HIS de enero a junio 2019.

Población afroperuana

Otro grupo poblacional importante y en similar situación de exclusión es la población afroperuana. En la actualidad, según los datos de la ENAHO en la última década, la población afroperuana oscilaría entre el 2% y el 3% de la población total del país, ubicada principalmente en las zonas urbanas y rurales a lo largo de la costa del Perú, desde Tumbes hasta Tacna.

Actualmente, es muy escasa la información estadística oficial existente sobre la situación de la población afroperuana. La última vez que un censo de población incluyó alguna pregunta referida a la pertinencia étnica en el Perú fue en 1940; Es a partir del año 2000 que algunas encuestas oficiales como la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional Continua (ENCO 2006) incluyeron preguntas de autoidentificación 'étnica-racial' con opciones de respuesta que incluían categorías para población afroperuana. A pesar de estas importantes acciones, el censo de población del año 2007 no incluyó pregunta alguna para la identificación de este grupo poblacional.

Así mismo, el Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud muestra el perfil de morbilidad de la población afroperuana (Figura 14), donde las infecciones respiratorias agudas altas también representan la primera causa de morbilidad en todas las etapas de la vida.

Figura 14. Principales causas de morbilidad por ciclo de vida de la población afroperuana.



Elaborado por Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud.
Fuente: Base de datos HIS de enero a junio 2019.

Personas en situación de movilidad

La movilidad urbana comprende tanto la migración internacional como la migración interna, es un fenómeno multicausal que puede darse de manera voluntaria o forzada; sin embargo, impacta de manera diferenciada en distintos grupos de población migrante. Al respecto, la Defensoría del Pueblo, en el Informe especial N° 23-2020-DP⁴³ sobre migración interna y varadas durante la pandemia, ha detectado el fuerte impacto que la COVID-19 ha reflejado en tres grupos específicos: personas con discapacidad, niñas, niños y adolescentes, y personas de comunidades indígenas.

Respecto con las personas con discapacidad, la Defensoría del Pueblo ha identificado problemas de accesibilidad en la información y las comunicaciones, traslado que no resulta adecuada a las necesidades diferenciadas y efectos en la vida de las personas con discapacidad por la cuarentena.

En relación con la población de las comunidades indígenas, se ha identificado que las dificultades de articulación entre los Ministerios de Cultura, de Economía y Finanzas, de Salud, junto con los Gobiernos Regionales, ha significado retrasos en las intervenciones estatales para la garantía de la salud y la vida de sus integrantes.

Finalmente, en relación con la información de las niñas, los niños y adolescentes movilizados, la situación de emergencia nacional ha originado no solo el aislamiento físico e inmovilización para evitar la propagación del COVID-19 en familias conformadas por personas adultas; sino también con menores de edad que se desplazan a sus lugares de origen y demandan a las autoridades, traslados humanitarios que deben responder a necesidades de atención diferenciada, para garantizar su bienestar físico, emocional y psicológico.

Personas trabajadoras del hogar

El trabajo en el hogar en el Perú es realizado principalmente por mujeres, en su mayoría jóvenes, con bajo nivel educativo, y migrantes, que lo ven como una alternativa para su desarrollo, en muchos casos trabajando bajo la modalidad de "cama adentro", para salir del ámbito rural y establecerse en la ciudad.

El Informe especial de la Defensoría⁴⁴ sobre este tema, revela que "el derecho a la salud de las trabajadoras del hogar se pone en riesgo cuando los/las empleadores/as se niegan a asumir su obligación legalmente establecida de inscribirla en el Seguro Social, bajo la promesa de que en caso de enfermedad o accidente las llevarán a médicos particulares". Así mismo, cuando estas personas trabajadoras enferman, los/as empleadores/as suelen minimizar la gravedad de los síntomas y les exigen que sigan trabajando, pese al malestar y a la necesidad que tienen de descansar para poder recuperarse. Toda esta situación es un reflejo de las profundas desigualdades de la sociedad peruana.

e) Diagnóstico en base a desigualdades

La falta de abordaje de los determinantes sociales genera desigualdades en salud. Entiéndanse por desigualdades sociales en salud a las diferencias injustas que se observan entre las personas en función de su clase social, género, o etnia, lo que se traduce en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos. Un modelo de política de salud que se enfoque en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (modelo biomédico), es insuficiente para garantizar un país saludable. Es importante abordar los determinantes sociales para reducir las brechas que equiparan las oportunidades para una vida sana y de bienestar para toda la población.

⁴³ Informe de la Defensoría del Pueblo "Migración interna y varados durante la pandemia. Serie Informes Especiales N° 23-2020-DP".

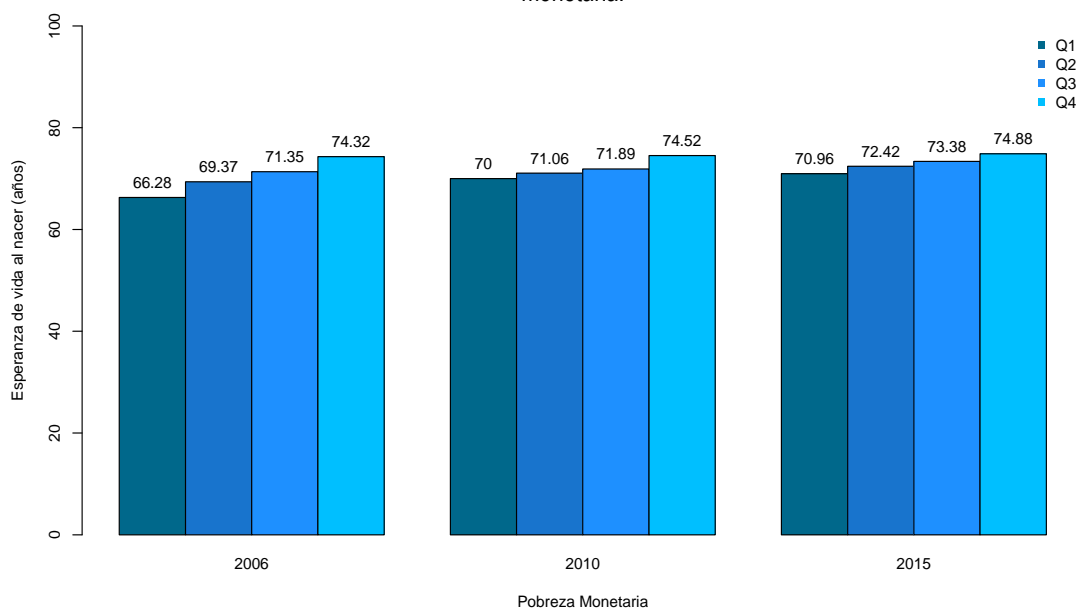
⁴⁴ Informe de la Defensoría "Las trabajadoras del hogar en el Perú Documento Defensorial N° 2. Una mirada al marco normativo nacional e internacional establecido para su protección".

El contexto socioeconómico y político de un país, las condiciones del empleo y trabajo (situación laboral y precariedad), la carga de trabajo no remunerado del hogar, el nivel de ingresos, la informalidad, las condiciones de la vivienda y del barrio, así como la posición social (determinantes estructurales) generan desigualdades sociales en salud. Asimismo, los servicios sanitarios tienen efecto en la desigualdad, sobre todo si su acceso, utilización y calidad son menores para los grupos sociales menos favorecidos o grupos de especial protección (determinantes intermedios). Además, otros determinantes intermedios como las circunstancias materiales, factores biológicos y del comportamiento, factores psicológicos, factores psicosociales y la cohesión y capital social contribuyen a perpetuar la desigualdad en salud y por ende menoscaba el bienestar de la población.

Un indicador para observar los efectos de la desigualdad estructural es la esperanza de vida al nacer, que se refiere a la cantidad de años que viviría una persona si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de su vida. La esperanza de vida al nacer se incrementa a menor pobreza monetaria (Ver Figura 15).

La tendencia de la desigualdad absoluta y relativa de la esperanza de vida al nacer se acortó entre el 2006 y el 2015 pero ha permanecido invariable desde el 2015. En el 2006 la desigualdad absoluta, es decir la diferencia entre el promedio de la esperanza de vida entre el cuartil con más desventaja (Q1) y el de mayor ventaja (Q4) era de 8 años, esta brecha se ha acortado en el 2010 donde esta diferencia era de 4,5 años, pero se ha mantenido en ese valor en el 2015.

Figura 15. Gradiente de la desigualdad absoluta y relativa de la esperanza de vida al nacer por Q1 y Q4 de pobreza monetaria.



Fuente: Indicadores básicos de salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

1.4.4.2 ANÁLISIS Y ESTRUCTURACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

A. CAUSAS DEL PROBLEMA PÚBLICO

CAUSA DIRECTA 1: INADECUADOS HÁBITOS, CONDUCTAS Y ESTILOS DE VIDA.

Se denomina hábitos a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positiva o negativamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan, en principio, a la satisfacción de las necesidades humanas y por ende

alcanzar una mejor calidad de vida; sin embargo, algunos estilos de vida, por lo contrario, afectan negativamente la salud y consecuentemente la calidad y esperanza de vida de las personas.

El Instituto de Evaluación y Medición de Salud – IHME, menciona que los factores conductuales, explican el 49,54% de la carga de enfermedad atribuida, encontrándose factores de riesgo presentes en más de una causa de muerte o enfermedad con una contribución importante (mayor al 10%) como se muestra en la siguiente Tabla 8:

Tabla 8. Riesgos conductuales que contribuyen a la carga de enfermedad en el Perú.

| Factores de riesgo conductuales | Nº de causas de muerte o enfermedad relacionados a factores de riesgo. |
|---------------------------------|--|
| Uso de alcohol | 33 |
| Tabaco | 36 |
| Riesgos dietéticos* | 35 |
| Sexo inseguro | 3 |
| Consumo de drogas | 6 |
| Violencia de género | 4 |
| Baja actividad física | 5 |
| Maltrato infantil | 3 |
| Lactancia materna sub óptima | 2 |

Nota: Riesgos dietéticos + Dieta alta en sodio, + Dieta rica en grasas trans

Fuente: Elaboración propia. Basado en Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018.

1.1 Limitado desarrollo de una cultura de salud en el autocuidado y prácticas saludables de la persona, la familia y la comunidad

El cuidado de sí mismo, como función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan deliberadamente con el objetivo de mantener su salud y bienestar⁴⁵; es una muestra de autonomía en el cual la persona es consciente de sus obligaciones, sin atribuirlos a los demás. Además del autocuidado personal, se considera el autocuidado comunitario (cuando los miembros de la comunidad asumen la responsabilidad de cuidarse a sí mismos) y el autocuidado institucional (cuando las instituciones implementan políticas para cuidar a sus miembros). De esta manera, el autocuidado es definido como *“aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario”*⁴⁶.

La buena alimentación y la actividad física son pilares de un estilo de vida saludable que, en buena medida, dependen del ejercicio de la voluntad y autodeterminación de cada persona. Otros aspectos en los que también es fundamental la responsabilidad individual y de grupo, son la prevención de accidentes, la disminución de la adopción de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, el consumo de alcohol y tabaco, la buena higiene, las prácticas sexuales seguras, la práctica de la lactancia materna y las medidas para evitar el contagio de las enfermedades transmisibles.

Riesgos dietéticos

La baja ingesta de frutas y verduras contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes u obesidad, es por ello, que la OMS recomienda consumir más de 400 gramos de frutas y verduras al día (05 porciones) para mejorar la salud en general y reducir el riesgo de determinadas enfermedades no transmisibles⁴⁷.

⁴⁵ Aarón AM, Llanos MT (2004). Cuidar a los que cuidan. Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares

⁴⁶ Sandra Oltra. (2013) El autocuidado, una responsabilidad ética

⁴⁷ https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/

Según Koloverou, E., et al⁴⁸, sostiene que una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asoció con un 23% menos de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 (RR combinado para el percentil superior vs inferior disponible: 0,77; IC del 95%: 0,66 a 0,89)

En el estudio prospectivo de cohorte de casos de Investigación prospectiva europea sobre cáncer-InterAct (EPIC-InterAct) (ocho países europeos, 16.154 participantes y 12.403 casos incidentes de DM T2), en análisis ajustados, la razón de riesgo (IC 95%) compara el más alto con el más bajo el cuartil de la ingesta informada fue de 0.90 (0.80-1.01) para frutas y verduras; 0.89 (0.76-1.04) para frutas y 0.94 (0.84-1.05) para verduras. Entre los subtipos, solo los tubérculos se asociaron inversamente con DM 0.87 (0.77-0.99).

Entre los subtipos de frutas y verduras, solo la ingesta de vegetales de hoja verde (riesgo relativo: 0.84 (0.74-0.94)) se asoció inversamente con DM tipo 2. Los subtipos de vegetales, como los tubérculos o los vegetales de hoja verde, pueden ser beneficiosos para la prevención de la diabetes tipo 2, mientras que la ingesta de frutas y verduras total puede ejercer un efecto general más débil.⁴⁹

Según la ENDES 2018, el 11,0% de personas de 15 y más años, consumió al menos cinco porciones de frutas y/o ensalada de verduras al día. En el 2017 fue 10,9%. El consumo fue mayor en mujeres (12,1%) que en varones (10,0%), asimismo, al analizar por región natural, la sierra reporta los porcentajes más bajos, seguido de la selva como lo muestra la Tabla 9.

Tabla 9. Porcentaje de personas de 15 y más años que consumen al menos 5 porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día según región natural.

| Ámbito | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------------|------|------|------|------|------|
| Lima Metropolitana | 14.2 | 11.2 | 15.3 | 13.1 | 13.3 |
| Resto de Costa | 13.7 | 12.8 | 13.3 | 11.1 | 12.7 |
| Sierra | 5.3 | 5.1 | 5.6 | 7 | 6.5 |
| Selva | 9.8 | 9.5 | 11.1 | 11.8 | 10.1 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

Según departamento, en el 2018, los mayores porcentajes de consumo de frutas y verduras se ubican en Piura (13,9%), Lambayeque (13,8%), La Libertad, provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao con 13,3% cada uno. Y entre los menores porcentajes destacaron: Puno (2,9%), Huancavelica (3,7%) y Pasco (4,7%).

En octubre del 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer un informe que indicaba que el consumo de carnes procesadas podría incrementar las posibilidades de desarrollar cáncer, concluyeron que cada porción de 50 gramos de embutidos tomados diariamente aumenta el riesgo de cáncer colorrectal en 18 %. En el Perú se consume poco más de 2,2 kilos de embutidos por persona al año, según datos de la Sociedad Nacional de Industrias y de un estudio realizado por la Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Lima, y que los embutidos preferidos por los peruanos son los hot-dogs, jamonadas, hamburguesas, el jamón y el chorizo. El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del INS, refiere que el 29% de las personas en el Perú consume comida chatarra al menos una vez a la semana y, en el caso de frituras, el 87,1% las consume con la misma frecuencia.

Por otra parte, la práctica de la lactancia materna se enmarca en los derechos humanos y fundamentales de las personas, porque no sólo implica el proceso de alimentación y nutrición del niño o de la niña a través de la succión de la leche de la madre, sino que representa los primeros vínculos de socialización, apego y afecto entre la madre, el niño o la niña y su entorno (la familia), situación clave que repercutirá en la formación de la identidad y, su posterior desarrollo humano y social. Su carencia tiene grandes repercusiones negativas en la vida.

⁴⁸ Koloverou, E., et al. The effect of Mediterranean diet on the development of Metabolism. 2014 Jul;63(7):903-11f type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of 10 prospective studies and 136,846 participants.

⁴⁹ Cooper, A. J., et al. Fruit and vegetable intake and type 2 diabetes: EPIC-InterAct prospective study and meta-analysis. Eur J Clin Nutr 2012, 66(10): 1082-1092.



Según una revisión sistemática en el que se incluyeron 27 estudios de casos y controles y 1 estudio de cohorte prospectivo, 8 estudios indicaron que la lactancia materna tiene un papel protector contra el desarrollo de DM tipo I, 7 estudios adicionales enfatizaron que un período corto o la ausencia de lactancia materna podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de DM tipo I.⁵⁰

La lactancia es un factor protector para la anemia y otras enfermedades prevalentes de la infancia. Según la ENDES 2019, el 93,2% de los menores de 5 años empezaron durante el primer día de nacido y solo el 49,4% empezó dentro de la primera hora de nacido y el 43% recibió alimentos antes de empezar a lactar, estos porcentajes varían según ámbito geográfico. La proporción de lactancia materna en menores de 6 meses fue de 65,6%, alcanzando los mayores porcentajes en el área rural (79,7%) y en las regiones naturales Sierra y Selva (76,4% y 74,6% respectivamente).

Las regiones que reportan baja cobertura de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses (menos de 70%) son Loreto, Huancavelica, La Libertad, Ucayali, Pasco, Amazonas, Cajamarca, Huánuco, Ayacucho, Lambayeque, Puno, San Martín, Cusco, Región Lima, Lima metropolitana, Callao, Tacna, Arequipa, Piura, Madre de Dios, Moquegua, Ica y Tumbes; las 5 últimas regiones reportan menos del 40% de cobertura de lactancia materna.

Por otro lado, en el año 2019, la proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días (anteriores a la entrevista) fue de 34,5%, sin diferencia significativa entre el área rural y el área urbana (37,6 y 33,4%, respectivamente). Según Región natural, el porcentaje de niñas y niños que consumieron suplemento de hierro fue menor en la Selva (31,4%) en comparación con la Sierra (40,0%) que alcanzó los mayores porcentajes. Las regiones que reportan cobertura por debajo del nivel nacional son Loreto, Tacna, Lima, Puno, Junín, San Martín, La Libertad, Moquegua, Callao, Ica, Madre de Dios, Lambayeque y Ucayali.

Baja actividad física

Según la OMS, la experiencia y la evidencia científica demuestran que la participación regular en la actividad física apropiada y el deporte brindan a las personas de ambos sexos y de cualquier edad y condición, incluso a las personas con capacidades diferentes, una amplia gama de beneficios físicos, sociales y de salud mental. La actividad física y el deporte complementan las estrategias para mejorar la dieta y desalentar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, mejora la autoestima, ayuda a manejar el estrés y la ansiedad, y alivia la depresión.

El exceso de peso es uno de los problemas de salud que se presenta en el 60% de la población mayor de 15 años en el Perú. Es ocasionada principalmente al aumento del consumo energético y de alimentos de elevado contenido calórico asociado a una disminución de la actividad física y el aumento del sedentarismo. El estudio "Factores Sociodemográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población adulta", realizado en el año 2013, muestra que el 19,2% de la población realizaba sus actividades sentada y 45,2% no practicaba deporte. Asimismo, concluyó que la práctica de deportes al menos una vez a la semana y de Actividad Deportiva Regular (ADR) fue mayor entre los hombres, donde alcanzó un porcentaje de 44,5% y 12,8%, respectivamente. En el caso de las mujeres los resultados fueron 32,4% y 10,5%, respectivamente. Las barreras más frecuentes para la práctica del deporte fueron la falta de tiempo (51,20% en Lima Metropolitana y 45,5% en el Resto Urbano), falta de infraestructura deportiva (32,6% en Lima Metropolitana y 35,40% en el Resto Urbano) y el desinterés de la población (31,30% en Lima Metropolitana y 44,40% en el Resto Urbano).⁵¹

El estudio "Vida Saludable 2016" de Arellano Marketing señala que a pesar de que para el 79% de peruanos piensa que realizar alguna actividad física es importante para mantener una vida sana, sólo el 39% lo

⁵⁰ Patelarou, E., et al. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutr Rev.* 2012 Sep;70(9):509-19.

⁵¹ https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/eval_indep/2018_inf_final_EDEP_IPD.pdf

práctica. Las principales razones son: 55% manifiesta no tener el tiempo suficiente; 34% se ejercita de manera moderada y sólo el 6% afirma que realiza una actividad intensa.

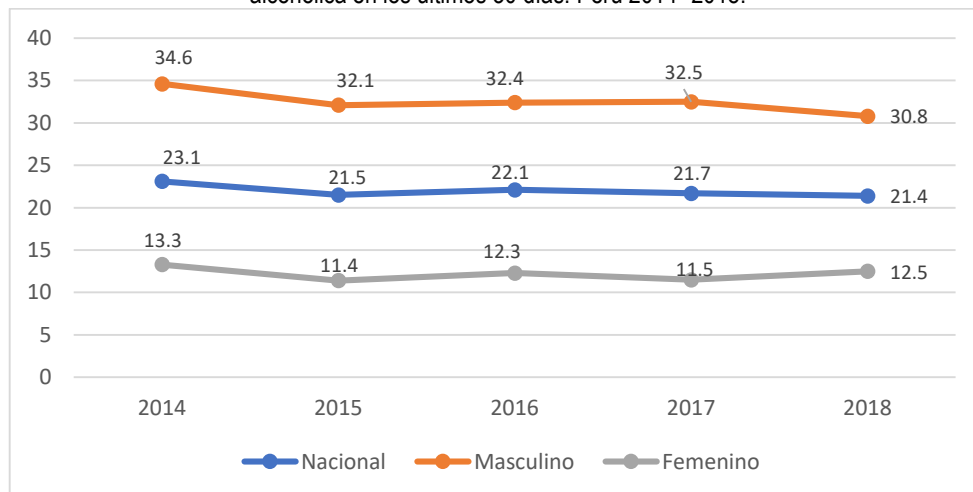
En Latinoamérica, la transición epidemiológica muestra que el nivel de sedentarismo se asocia con la disminución del gasto energético, asociado con el aumento del parque automotor, televisores y computadoras, condiciones habituales en la vida urbana.⁵²

Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas

El consumo de bebidas alcohólicas es otro de los principales factores de riesgo para la salud de la población y tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las de la salud materno infantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis, virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud reveló que el Perú ocupa el tercer lugar entre los países con mayor consumo de alcohol en América Latina, con un consumo de 8,9 litros por persona⁵³ al año.

De acuerdo con los resultados de la ENDES 2018, la edad promedio de inicio de consumo de al menos un vaso o copa de bebida alcohólica fue de 18,7 años, asimismo, el consumo excesivo de alcohol, es decir consumo de al menos 5 vasos en varones y 4 vasos en las mujeres, que les generó alteraciones significativas en la conducta y el raciocinio, se da en el 21,4% de personas de 15 y más años como se muestra en la Figura 16.

Figura 16. Porcentaje de personas de 15 y más años que tuvieron eventos de consumo excesivo de alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días. Perú 2014 -2018.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019

En el 2018, el 4,2% de personas de 15 y más años de edad que consumió alcohol sufrió trastornos, 0,6 puntos porcentuales más con respecto a 2017. La prevalencia fue notablemente mayor en varones (7,3%) con respecto a las mujeres (1,3%).

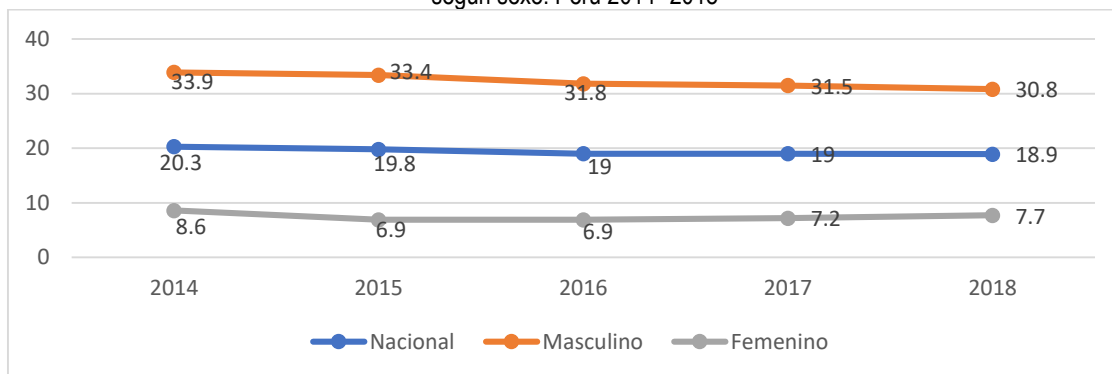
Por otra parte, el consumo de tabaco es un factor causal de cáncer de pulmón, y está asociado a la alteración del flujo sanguíneo del corazón, aumentando el riesgo de las enfermedades no transmisibles. Según la ENDES 2018, el 18,9% de la población de 15 a más años fumó, al menos un cigarrillo en los últimos 12 meses⁵⁴, siendo más frecuente en varones con 30,8% (Figura 17). Adicionalmente, el 1,7% de estas personas manifestó haber fumado al menos un cigarrillo diariamente, en los últimos 30 días. De este grupo, el promedio de cigarrillos consumidos fue 3,8 unidades por día; observándose una disminución respecto al año anterior en el que el consumo promedio fue de 5 cigarrillos por día.

⁵² Factores sociodemográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población peruana adulta. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 17, núm. 3, diciembre, 2013, pp. 1-6 Sociedad Peruana de Epidemiología.

⁵³ Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018. OMS

⁵⁴ INEI (2019). Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles.

Figura 17. Porcentaje de personas de 15 y más años que actualmente fuman cigarrillos en los últimos 12 meses según sexo. Perú 2014 -2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019

Adicionalmente, en la población urbana del país, de 12 a 65 años, la prevalencia del consumo de drogas ilegales es más baja que la del alcohol y el tabaco. En esta población, entre 2010 y 2015, se observa un incremento en el consumo de la marihuana, la pasta básica de cocaína y la cocaína, en particular de la marihuana que ha pasado de 5,6% a 8,0% y de la cocaína que ha pasado de 1,5% a 2,3%. Aunque se ha reducido su consumo entre las y los adolescentes, no así entre los jóvenes de 19 a 29 años de edad en quienes que se ha incrementado.⁵⁵

Prácticas inadecuadas de lavado de manos

El "lavado de manos" sirve para la remoción mecánica de suciedad y reduce infecciones intestinales parasitarias (ascariasis, trichuriasis) y otros microorganismos patógenos, aportando así a la disminución de la incidencia de la Enfermedad Diarreica Aguda en casi la mitad, y en consecuencia de la Desnutrición Crónica Infantil; también disminuye los episodios de infecciones respiratorias, además de minimizar la incidencia de enfermedades de la piel, de los ojos (tracoma).

Según la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales del año 2018, sólo el 4,7% de los hogares realizan prácticas adecuadas en el lavado de manos en el ámbito rural (Tabla 10), el cual consiste en: duración mínima de 15 minutos, uso de jabón y agua a chorro, fregado de las palmas y el dorso entre sí con los dedos entrelazados, enjuague de las manos y uso de toalla limpia.

Tabla 10. Porcentaje de hogares que realizan prácticas adecuadas en el lavado de manos en el ámbito rural.

| Ámbito | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| Nacional | 4.6 | 2.8 | 4.8 | 5.8 | 4.7 | 4.7 |
| Costa | 4.2 | 3.9 | 7.3 | 6.7 | 5.2 | 7.5 |
| Sierra | 4.5 | 2.5 | 4.3 | 5.5 | 4.6 | 4.1 |
| Selva | 5 | 3.6 | 5.3 | 6.1 | 4.5 | 5.6 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Presupuestales

La Encuesta considera ámbito rural a aquellos centros poblados con menos de 2,000 habitantes, asimismo, considera a todos los hogares del ámbito rural y no sólo aquellos con abastecimiento de agua, no sólo en aquellas localidades donde se interviene con obras de infraestructura, sino también en el ámbito rural disperso.

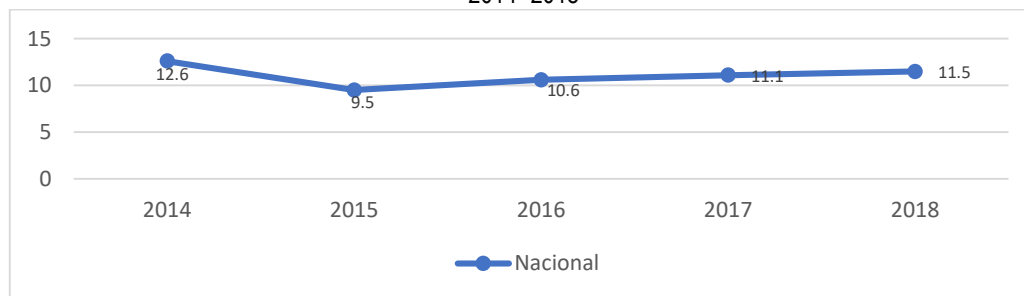
Prácticas inadecuadas de salud ocular

Las prácticas adecuadas de salud ocular se refieren a los hábitos y conductas como ver televisión, computadora y Tablet, a una distancia mayor de 30 centímetros, usar gorro, sombrero o lentes de sol

⁵⁵ Situación de salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017

durante todo el año mientras se permanece en un lugar sin techo, lectura en lugar con buena iluminación, y no leer un texto mientras se está caminando, o en medios de transporte. Según la ENDES 2018, solo el 11,5% de las niñas y niños de 3 a 11 años, ejecutan prácticas adecuadas de salud ocular, reportadas por la persona responsable de su cuidado. Con respecto al 2017 se observa un ligero incremento de 0,4 puntos porcentuales (de 11,5% frente a 11,1%). Según edad, en el grupo de niñas y niños de 3 a 5 años fue mayor en 6,8 puntos porcentuales comparado con el grupo de 6 a 11 años (9,2%). La Figura 18 muestra la evolución histórica de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular según sexo.

Figura 18. Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular según sexo. Perú 2014 -2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019

Prácticas inadecuadas de salud bucal

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente.⁵⁶ El ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal es una actividad poco frecuente entre la población de 1 a 11 años, a nivel nacional, en el 2018 (Figura 19), solo el 25,9% de este colectivo realiza buenas prácticas de salud bucal, y en el 2017 fue 26,2%.

Figura 19. Porcentaje de niñas y niños de 1 a 11 años con prácticas adecuadas de higiene bucal según sexo. Perú 2014 -2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019

Conocimientos de mecanismos de transmisión de enfermedades transmisibles: tuberculosis y VIH y práctica de sexo seguro

La importancia del conocimiento sobre la forma de contagio de la tuberculosis (TB) se centra en la necesidad de que la población tenga en cuenta esta información, a fin de lograr conductas de prevención, búsqueda temprana de los servicios de salud, aceptación de las medidas de control y eliminar el estigma que existe frente a esta enfermedad. La ENDES 2018 encontró que sólo un 3,6% de personas de 15 y más años conoce o ha oído hablar de la TB y reconoce las formas de transmisión, evidenciándose disminución en comparación al año 2014 en el que se reportó 4,4%.

El conocimiento de las formas de transmisión evitará que el sujeto incurra en comportamientos de riesgo y conductas discriminatorias hacia otra persona. Este conocimiento se basa, por un lado, en la identificación

⁵⁶ Salud Bucal. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/porta/web/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

correcta de las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH. Del total de personas entrevistadas en el año 2018, el 19,0% de las personas de 15 a 29 años identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan ideas erróneas de su transmisión; al observar este dato según sexo, el 19.8 % de mujeres identifican adecuadamente mientras que el 18.1% de hombres identifican correctamente las formas de prevención.

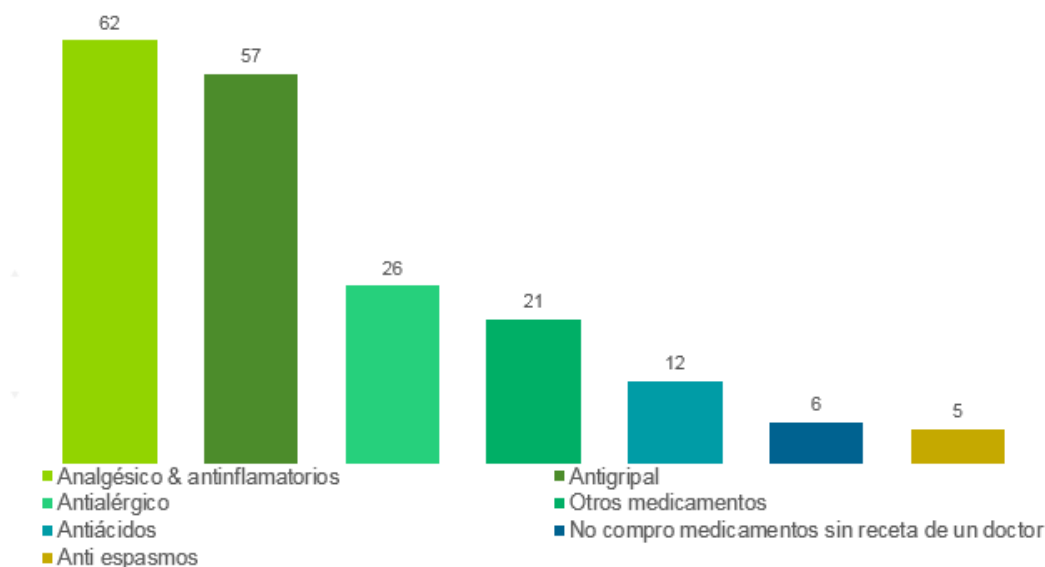
Uno de los factores asociados al VIH es la práctica inadecuada del sexo seguro, la ENDES mide la proporción de mujeres de 15 a 49 años que usaron condón en la última relación sexual en los últimos tres meses, llegando a 13.8 % en el 2018, siendo Loreto, Madre de Dios, Ucayali, Piura, Huancavelica y Cajamarca los que más baja proporción reporta (menor de 8%), aunado a esto también se tiene que el conocimiento de los mecanismos de prevención es bajo a nivel nacional y en las regiones que más notifican casos de VIH.

Automedicación

La automedicación, influenciada por la publicidad, es una práctica riesgosa y que podría perjudicar la salud de la familia, por ello, al adquirir un fármaco de venta libre para el tratamiento de los síntomas de alguna enfermedad, se recomienda verificar las indicaciones del producto y no limitarse a la información del anuncio publicitario.

Según la encuesta LinkQ de la consultora Kantar Worldpanel sobre el consumo de medicamentos de libre venta realizada entre febrero y marzo del 2019 aplicada a Perú; reveló que solo el 6% de la población peruana asegura que no compra medicamentos sin la receta de un médico. Kantar encontró que 6 de cada 10 personas en Perú consume analgésicos y antiinflamatorios, y que tal preferencia se incrementó en 65% respecto al año anterior lo consumieron en el 2019 y 63% en el 2018. El segundo en la lista de autoconsumo es el antigripal (54% manifestaron haberlo consumido el 2019 y 57% lo hicieron el año previo). El tercer medicamento de libre venta más consumido es el antialérgico (el 25% lo habría consumido el 2019 y el 26% lo hizo el 2018); le sigue "otros medicamentos" que alcanzó 20% en este año y 26% el año anterior; el quinto medicamento de este tipo más consumido es el antiácido (11% el 2019 y 12% el 2018); y finalizan los antiespasmódicos, que ascendieron al 7% de consumidores (el 2018 registraron solo el 5%) (Figura 20).⁵⁷

Figura 20. Porcentaje de la población que consumió medicamentos de venta libre en los últimos 2 meses, según medicamento.



Fuente: Encuesta LinkQ – kantar Worldpanel – Respuesta múltiple

⁵⁷ <https://www.kantarworldpanel.com/pe/Noticias/Solo-el-6-de-hogares-afirma-no-automedicarse>

1.2 Limitada corresponsabilidad de las instituciones públicas y organizaciones privadas para generación de una cultura en salud.

El cuidado de la salud cumple una función reguladora y está relacionada con la responsabilidad que cada persona asume para preservar, prolongar y/o recuperar la salud, tanto a nivel individual como grupal, dependiendo en gran medida de la educación de las personas; sin embargo se debe comprender la corresponsabilidad del Estado y de las instituciones o entidades en general, en sus diferentes niveles para intervenir en los determinantes sociales de la salud y contribuir así en la generación de hábitos y estilos de vida saludables en la población.

Dentro de los determinantes sociales de la salud, existe el componente que va más allá de la persona, y que tiene que ver con el entorno familiar y comunitario; por lo que se evidencia que la salud no sólo depende del sector salud o de la persona, sino de otros actores involucrados que generen un entorno saludable. Así se tiene que los medios de comunicación cumplen funciones de informar, educar y comunicar, donde se desarrollan estrategias de información, motivación e inducción a diversas acciones o comportamientos relacionados a la salud de la población.

Los medios de comunicación social cumplen un papel importante en la construcción de la identidad de una sociedad. Con discursos e imágenes, los medios representan a las personas y las relaciones entre ellas. Así como son capaces de instalar ideas acordes con las transformaciones que se operan en la realidad, también pueden reforzar imágenes tradicionales y roles estereotipados de cada uno⁵⁸.

La comunicación en salud es un proceso social, de interacción y difusión, y un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública, así cumple un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida⁵⁹. Ello conllevará a la generación de un proceso de concientización (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y liberación (ganar poder de decisión sobre su propio destino).

Según el reciente estudio realizado por Soluciones & Consultoría de Marketing- SocMark⁶⁰, para el Consejo Consultivo de Radio y Televisión (CONCORTV), cuyo objetivo es conocer las actitudes, hábitos y opinión con respecto a la radio y televisión en el Perú. Dentro de los principales temas de la investigación fueron: nivel de uso y hábitos de consumo de medios, programas de radio y televisión más vistos, evaluación y grado de satisfacción con los medios, sobre el consumo de radio y televisión en menores de edad, entre otros. Se concluyó que la televisión es el medio más utilizado, seguido de la radio. En este último, se señala que los programas sobre consejos de salud son en menor mención, así como los deportes, entrevistas y farándula (representando entre 8% y 16%).

Sobre el contenido inadecuado o molesto, no se observan diferencias significativas respecto a los resultados de la medición anterior (2018). En la televisión se destaca principalmente la presencia de violencia en general (57%) y de palabras groseras (46%). En el caso de la radio la percepción sobre la presencia de contenido inadecuado es bastante menor, destacándose también la violencia en general (17%) y las palabras groseras (14%). Sobre la satisfacción, un 82% está satisfecha con las emisoras de radio de su ciudad y un 61% con los canales de televisión; las principales razones de insatisfacción son las mismas para ambos medios, programación poco variada y falta de programación cultural y educativa.

Por otro lado, sobre la regulación de los medios, se presentó que el 56% considera que la radio y la televisión no están regulados. Una mayoría relativa señala como entidad que debería hacerse cargo de esta regulación a un organismo independiente integrado por el Estado, los medios y la sociedad (47%).

⁵⁸ <http://www.concortv.gob.pe/investigacion/estudios-especializados/analisis-de-la-imagen-de-las-mujeres-en-la-programacion-televisiva-transmitida-en-lima/>

⁵⁹ http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf

⁶⁰ <http://www.concortv.gob.pe/investigacion/estudios-cuantitativos/2019-estudio-sobre-consumo-televisivo-y-radial-2/>



De acuerdo con un estudio realizado en 2007 por la Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública - CPI, los niños y las niñas en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Piura miraban un promedio de tres (3) horas diarias de televisión, mientras que el Consejo Consultivo de Radio y Televisión en el año 2014 indicó un promedio de dos (2) horas con veinticinco (25) minutos. En este sentido, los niños y las niñas se encontraban más expuestos a anuncios publicitarios, que resultan ser un estímulo suficiente para determinar sus hábitos alimenticios.

El Consejo Consultivo de Radio y Televisión (CONCORTV), a través del Área de Comunicaciones e Imagen, ha realizado un estudio, cuyo objetivo fue identificar los alimentos no saludables que se anuncian en la televisión peruana y medir su impacto, nivel de inversión y uso de narrativas y técnicas publicitarias para comunicar sus atributos y/o beneficios, el estudio determinó que el 54% de spots son sobre alimentos no saludable, el 66% de los spots publicitarios emitidos al día en programas para niños y niñas también son de alimentos no saludables, y el 57% de spots publicitarios vistos por niños y niñas de 11 a 17 años son igualmente de alimentos no saludables. La inversión realizada en spots de alimentos poco saludables y no saludables fue de 22,7 millones de dólares al mes; de ellos 3,3 millones de dólares se invirtieron en spots de alimentos no saludables en programas para niños y niñas.⁶¹

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pidió a los gobiernos tomar acciones para reducir los mensajes de mercadeo de alimentos no saludables. Para los países de América Latina y El Caribe la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha establecido directrices y normas respecto de la comercialización y publicidad de alimentos que van dirigidas a los niños y niñas. Desde entonces la industria ha desarrollado métodos de autorregulación, la sociedad civil ha desarrollado campañas por restricciones legales, y los gobiernos han generado una serie de propuestas de regulación legal. Sin embargo, no ha sido fácil legislar y las nuevas reglamentaciones no han sido lo suficientemente claras y fuertes y no se han basado en la evidencia científica ni en un marco de referencia ético.

Actualmente 16 países de Europa (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia), dos de América del Norte (Canadá y Estados Unidos) y dos de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda), cuentan con marcos regulatorios sobre publicidad televisiva de alimentos relacionados con los niños y niñas. Se incluyen normas de autorregulación por parte de la industria y/o restricciones que van desde límites parciales a la cantidad, horarios y tipo de los anuncios emitidos, hasta la prohibición total de la publicidad como en el caso de Suecia. En América Latina, México, Uruguay y Colombia cuentan con legislación sobre publicidad de alimentos, la Tabla 11 compara dichas legislaciones. Por otro lado, Brasil, Chile y Ecuador han tomado algunas iniciativas. Sin embargo, hasta en los países donde se han implementado estrictas normativas de prohibición o de autorregulación como en el Reino Unido y Canadá respectivamente, no se han observado modificaciones importantes a la publicidad, debido a que no está claramente definido el concepto de los alimentos menos saludables que no deben ser publicitados.

Tabla 11. Resultados de la comparación de legislaciones sobre publicidad de alimentos en Latinoamérica

| PAIS | LEGISLACIÓN | CONTENIDO | APLICACIÓN | IMPACTO |
|--------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| MEXICO | Código PABI | Regulación de publicidad dirigida a niños y niñas. Sin restricciones de promoción de alimentos. Elaborado por la industria. | Niños y niñas menores de 12 años | Ninguno |
| | ANSA | Brindar opciones e información acerca de los alimentos para que la población tenga la opción de elegir. | Las personas adultas y niños y niñas | Cumplimiento parcial por no ser una reglamentación obligatoria. |
| | Ley prevención y combate de obesidad | Regulación a la industria sobre publicidad de bebidas y alimentos altos en energía. Campañas de | Industria de alimentos | Positivo en la disminución de la publicidad explícita |

⁶¹ CONCORTV. Análisis de la publicidad de alimentos no saludables en la televisión peruana. Perú 2012. Disponible en <http://www.concortv.gob.pe/file/informacion/estudios/2012/concortv-analisis-publicidad-alimentos-tv-peru.pdf>



| PAIS | LEGISLACIÓN | CONTENIDO | APLICACIÓN | IMPACTO |
|----------|---|---|--|--|
| | | actividad física y relación de alimentos con "semáforo" | | para población infantil y adolescente. |
| | Estrategia para control de sobrepeso y obesidad | Definición de horarios de publicidad alimentaria y restricción de comerciales en horario infantil. | Niños y niñas y adolescentes | Positivo en la reducción de publicidad visual para niños y niñas y jóvenes. |
| URUGUAY | Ley 19140 | Promoción de alimentos saludables en establecimientos educativos. Cátedra en escuelas sobre hábitos alimentarios y estilos de vida. | Niños y niñas y adolescentes | Aún no existen cifras luego de la adopción de la Ley. |
| COLOMBIA | Ley 1355/09 | Promoción de alimentación balanceada. Reglamentación de la publicidad en medios de comunicación | Entidades territoriales nacionales y locales. | Aplicación de la Ley por algunas entidades de educación (escuelas, colegios y universidades) |
| | Código de autorregulación publicitaria | Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas para población colombiana, elaborado por la industria. | Industrias de alimentos y bebidas. | Bajo. No ha sido cumplido al no ser una reglamentación obligatoria |
| | Dcto 975/14 | Límites a la publicidad de alimentos con imágenes, textos, expresiones. Y prohibición de publicidad engañosa. | Cualquier persona que se relacione con el comercio de alimentos dirigido a niños y niñas y adolescentes. | Bajo. No hay reportes ni estadísticas. Sin embargo, respecto a la publicidad televisiva ha disminuido. |

Fuente: Elaboración propia.

En el Perú, en el Manual de Advertencias Publicitarias en el marco de lo establecido en la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, y su reglamento Aprobado por Decreto Supremo N° 017-2017-SA (Figura 21), en el artículo 6.3: De la publicidad en medios radiales y audiovisuales, se establece:

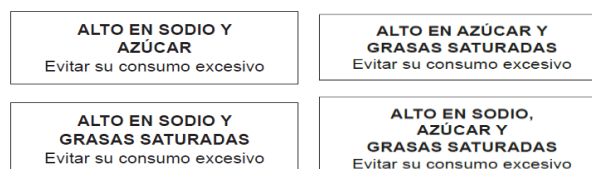
6.3.1 En la publicidad en medios radiales y audiovisuales (video, televisión, y cine) las advertencias publicitarias deben ser consignadas en forma clara, destacada y comprensible.

6.3.2 El audio de locución de la publicidad en medios radiales deberá reproducirse a velocidad y volumen igual al tiempo de grabación.

6.3.3 En medios audiovisuales (video, televisión y cine), la advertencia comprenderá la leyenda que deberá tener una duración proporcional al tiempo que dura la publicidad.

6.3.4 Si hubiera más de una advertencia publicitaria referida a sodio o azúcar o grasas saturadas, el audio tendrá las siguientes variaciones:

Figura 21. Etiquetado nutricional



Fuente: Decreto Supremo N° 017-2017-SA.

De acuerdo al Código de protección y defensa del consumidor, la protección del consumidor tiene por finalidad proteger a los consumidores de la asimetría informativa en la que se encuentran y de la publicidad engañosa o falsa que de cualquier manera, incluida la presentación o en su caso por omisión de información relevante, induzcan o puedan inducirlos a error sobre el origen, la naturaleza, modo de fabricación o

distribución, características, aptitud para el uso, calidad, cantidad, precio, condiciones de venta o adquisición y, en general, sobre los atributos, beneficios, limitaciones o condiciones que corresponden a los productos, servicios, establecimientos o transacciones que el agente económico que desarrolla tales actos pone a disposición, siendo el INDECOPI, en su calidad de Autoridad Nacional de Protección del Consumidor, la entidad responsable que se cumpla la finalidad de dicha norma. Para ello, la Autoridad Nacional de Protección del Consumidor trabaja a través de sus Ejes estratégicos las líneas de política a efectos de fortalecer el Sistema Nacional Integrado de Protección del Consumidor, reducir la asimetría de la información a través de la Educación en el Consumo para consumidores y proveedores, tomando especial atención a población con mayor vulnerabilidad, así como promover el Sistema Nacional de Alertas de Productos Peligrosos, lo cual se trabaja de manera articulada con otras entidades que tienen la competencia sectorial respectiva. En esa línea, el Indecopi supervisa el mercado a efectos de velar por el cumplimiento de la normativa sobre Alimentación Saludable, así como las relativas a etiquetado de productos y sancionar conductas que pongan en riesgo la salud y seguridad de los consumidores por la presencia de productos no inocuos en el mercado.

Las normas legales, establecen los condicionantes para publicitar alimentos no saludables para niños, niñas y adolescentes, como se muestra anteriormente, pero no se prohíbe la publicidad de dichos productos. Por lo tanto, no se puede controlar los anuncios publicitarios en la televisión peruana sobre aquellos alimentos no saludables, porque no existen normas que establezcan la prohibición de publicitar en medios de comunicación masiva, alimentos no saludables. Lo único que está vigente es el manual de advertencias publicitarias de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, y su reglamento que establece, las condiciones para publicitar alimentos no saludables, más no su publicidad.

Para conocer cuál ha sido el impacto de la aplicación del Decreto Supremo N° 015-2019 que dispone que todos los productos procesados y ultraprocesados que son altos en azúcar, sodio, grasas saturadas o que contienen grasas trans, lleve en sus etiquetas los octógonos para que todo ciudadano se encuentre informado que no son alimentos saludables; CPI realizó en febrero del año 2020 una encuesta (Figura 22), que revela que sólo el 27,5% de los encuestados afirma que nunca le presta atención a los octógonos, es decir, más de dos tercios de los encuestados sí le prestan algún tipo de atención a estos sellos y, por tanto, reaccionan a ellos. Para ser más exactos, las personas que han prestado algún tipo de atención a los octógonos conforman el 72,5% de los encuestados y se dividen entre aquellas personas que "de vez en cuando prestan atención" (28,7%), aquellas que "casi siempre prestan atención" (21,2%) y las que "siempre prestan atención" (22,6%).

Figura 22. Impacto de los colores sobre la atención de los usuarios.



Fuente: Encuesta CPI-Los octógonos y su impacto sobre el consumidor peruano

Reacciones detectadas en las personas que han prestado algún tipo de atención a los octógonos

Las respuestas varían de acuerdo con la intensidad de las reacciones. Un grupo de consumidores, al observar que los productos tienen uno o más octógonos 'los compran con menos frecuencia o en menor cantidad', ellos conforman el 51,8% de las personas que han prestado algún tipo de atención a los sellos.

Un segundo grupo (47,1%) ha sido más radical y 'dejó de comprarlos'. Y sólo un pequeño porcentaje sostuvo que no se encarga de las compras y, por tanto, no tiene una reacción a ellos.

Las cifras señalan que la mayoría de las personas (72,5%) sí se han dado cuenta de los octógonos y que casi todos ellas (el 98,9% de ese grupo) o han disminuido el consumo de los productos con octógonos. Uno de los resultados más resaltantes del estudio señala que son las bebidas gaseosas los productos que más han sido impactados con la llegada de los octógonos y ello, posiblemente debido a que fabricantes se adelantaron a la fecha obligatoria mostrando los octógonos en sus productos desde el inicio del 2019. Dando como resultado que las personas adultas han comenzado a consumir menos bebidas gaseosas.

El 53,1% de las personas encuestadas afirman haber dejado de comprar gaseosas, un porcentaje muy por encima del segundo producto más impactado: los snacks (20,1%). Este comportamiento (dejar de comprar gaseosas) se encuentra más presente entre las personas del interior del país (56,7%), significativamente más presente entre los varones (58,4%) que entre las mujeres (48,3%) y entre las personas de entre 40 a 55 años (60,1%), aunque también se encuentra bastante presente en las personas entre 25 a 39 años (58,6%).

El grupo de edades con la menor participación en este comportamiento son los jóvenes entre 18 a 24 años (40,8%), pero aun así su porcentaje es significativamente elevado. Las bebidas gaseosas, sin duda, han sentido la llegada de los octógonos en todos los grupos de edad, incluso entre los jóvenes. Los productos que se dejaron de consumir luego de las gaseosas, como se señaló, se encuentran los snacks (20,1%), las galletas (16,8%), la leche (11,8%) y el chocolate (11,1%), por mencionar a otros productos con una participación de dos cifras. Le siguen los jugos envasados (9,4%), el yogurt (6,4%) y los embutidos (3,8%), entre otros productos.

El uso adecuado de las fuentes de abastecimiento de agua es un tema importante que exige la corresponsabilidad de la población que debe adoptar la práctica de buenos hábitos como el del lavado de manos, el hervido de agua y el almacenamiento seguro y adecuado del agua a fin de evitar criaderos o reservorios de vectores que propagan enfermedades como el dengue, zika y Chikungunya, entre otros.

La Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos establece expresamente que las municipalidades, los sectores y el MINAM, de acuerdo con sus competencias, deben promover acciones dirigidas a la sensibilización y capacitación para que la población alcance un alto grado de conciencia, educación y cultura ambiental en el país. Según el MINAM, debe tenerse presente que el 55.9% (1048) municipalidades no reportaron información en el SIGERSOL, por ende no reportaron acciones destinadas a fortalecer el componente de educación y cultura ambiental de la población; y que del total de municipalidades que sí reportaron en el SIGERSOL, referido a acciones destinadas a fortalecer el componente educación, el 36,1% (298 de 826) no cumplió con promover acciones de sensibilización y capacitación que la población requiere para alcanzar un alto grado de conciencia, educación y cultura ambiental.

Según INDECI, nuestro país, al estar ubicado en el borde oriental del Cinturón de Fuego del Océano Pacífico, en su litoral la presencia de la Corriente Peruana, por su proximidad a la Línea Ecuatorial, la influencia de la Amazonía y la topografía accidentada, así como la Cordillera de los Andes con una geomorfología variada, que cruza longitudinalmente el territorio nacional, está expuesto a diversos peligros, como sismos, deslizamiento, derrumbe y erosión, así como a variaciones climáticas en determinadas regiones, como precipitaciones, vientos intensos, granizadas y heladas, entre otros

Ante esta realidad, es muy importante la implementación de prácticas de prevención y respuesta cuando acontezca el desastre y para el proceso de reconstrucción, pasado el problema. Las prácticas de mayor relevancia son las de prevención, porque reducen los daños que puede producir el desastre; sin embargo, una parte importante de la población no cumple con dichas prácticas al ocupar con viviendas y sembríos, terrenos o quebradas que son tránsito de huaycos, construir viviendas que no cumplen con el Reglamento Nacional de Edificaciones del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, no adecuar sus viviendas a cambios extremos del clima (friaje). Dada esta realidad, se requiere mejorar la resiliencia de la



población ante emergencias y desastres, es decir su capacidad de reaccionar con efectividad y rapidez a los efectos de los desastres, para reducir los daños en salud.

Las prácticas para la prevención y reducción del riesgo de desastres, y preparación para atención de emergencias y desastres dependen en gran medida del tipo de peligro y la población que potencialmente sería la afectada. Así la Tabla 12 muestra la cantidad potencial de personas que se encuentra expuesta a muchos riesgos según el peligro específico, siendo los sismos la primera causa de afectación a la mayoría de la población, seguida de las sequías y de las heladas.

Tabla 12. Cuantificación de la población potencial

| PELIGRO | VALOR* | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----------------------------------|-------------|------------------|
| Sismo ¹⁸ | 20,687,464 | Habitantes |
| Tsunami ¹⁹ | 3,447,954 | Habitantes |
| Volcanes | 1,415,624 | Habitantes |
| Movimientos en masa ²⁰ | 11,586,180 | Habitantes |
| Inundaciones | 24'074,498 | Habitantes |
| Sequías | 13' 134,708 | Habitantes |
| Friaje | 3,415,068 | Habitantes |
| Heladas | 9,630,862 | Habitantes |
| Peligro de origen glaciár | 2719147 | Habitantes |
| Incendios forestales | 7,337,768 | Habitantes |

Fuente: Programa Presupuestal 068 Programa Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres.⁶²

En el Tabla 13 se muestra estos potenciales riesgos a detalle por Región con la población que se vería afectada.

Tabla 13. Identificación y cuantificación de la población por Región y por tipo de peligro

| Ubigeo | Departamento | GEODINAMICA INTERNA | | | GEODINAMICA EXTERNA | HIDROMETEOROLOGICOS / OCEANOGRAFICOS | | | |
|----------------|---------------|---------------------|------------------|------------------|---------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | | SISMO | TSUNAMI | VOLCANES | MOVIMIENTOS EN MASA | INUNDACIONES | SEQUIAS | FRIAJE | HELADAS |
| 01 | AMAZONAS | 5 | 50 | | 119,142 | 180,325 | 422,629 | 94,914 | 290,718 |
| 02 | ANCASH | 1,146,992 | 416,367 | | 363,395 | 557,132 | 611,723 | | 661,680 |
| 03 | APURIMAC | 5,326 | | | 150,463 | 249,170 | 458,830 | | 458,830 |
| 04 | AREQUIPA | 1,279,146 | 38,720 | 1,017,488 | 108,411 | 979,610 | 89,906 | | 1,038,505 |
| 05 | AYACUCHO | 100,274 | | | 244,506 | 259,092 | 671,258 | | 688,657 |
| 06 | CAJAMARCA | 55,307 | | | 421,351 | 744,108 | 1,507,185 | 69,288 | 1,458,929 |
| 08 | CUSCO | 470,109 | | | 646,371 | 546,820 | 1,234,565 | 148,448 | 1,168,281 |
| 09 | HUANCAVELICA | 159,950 | | | 201,853 | 178,120 | 491,940 | | 494,963 |
| 10 | HUANUCO | 657,879 | | | 289,059 | 458,547 | 860,537 | 178,572 | 681,965 |
| 11 | ICA | 787,170 | 91,828 | | 45,311 | 461,256 | 331 | | 40,123 |
| 12 | JUNIN | 893,278 | | | 876,138 | 1,081,271 | 1,292,366 | 479,746 | 871,037 |
| 13 | LA LIBERTAD | 1,738,747 | 221,273 | | 297,669 | 579,559 | 285,656 | | 481,747 |
| 14 | LAMBAYEQUE | | 75,311 | | 8,950 | 355,117 | 106,044 | | 43,033 |
| 15 | UMA | 10,772,452 | 1,974,411 | | 140,480 | 3,283,845 | 134,400 | | 300,280 |
| 16 | LORETO | | | | 7,823 | 639,789 | 1,024,732 | 1,027,528 | |
| 17 | MADRE DE DIOS | | | | 2,311 | 100,493 | | 137,316 | |
| 18 | MOQUEGUA | 173,274 | 70,374 | 42,457 | 53,064 | 84,502 | 28,424 | | 109,783 |
| 19 | PASCO | 193,190 | | | 81,420 | 140,365 | 275,489 | 93,201 | 210,957 |
| 20 | PIURA | 1,774,575 | 249,943 | | 94,302 | 1,165,326 | 1,058,741 | | 285,014 |
| 21 | PUNO | | | 14,542 | 499,508 | 617,551 | 1,402,031 | 74,435 | 1,341,173 |
| 22 | SAN MARTIN | 180,766 | | | 382,723 | 521,879 | 840,790 | 707,080 | 133,710 |
| 23 | TACNA | 341,838 | 2,604 | | 16,918 | 138,560 | 18,818 | | 134,084 |
| 24 | TUMBES | 237,685 | 133,169 | | 60,662 | 188,468 | 237,685 | | |
| 25 | UCAYALI | | | | 19,211 | 92,946 | 80,628 | 495,522 | |
| TOTALES | | 20,967,958 | 3,274,000 | 1,074,487 | 5'131,041 | 5'131,041 | 13,134,708 | 3,506,050 | 10,893,469 |

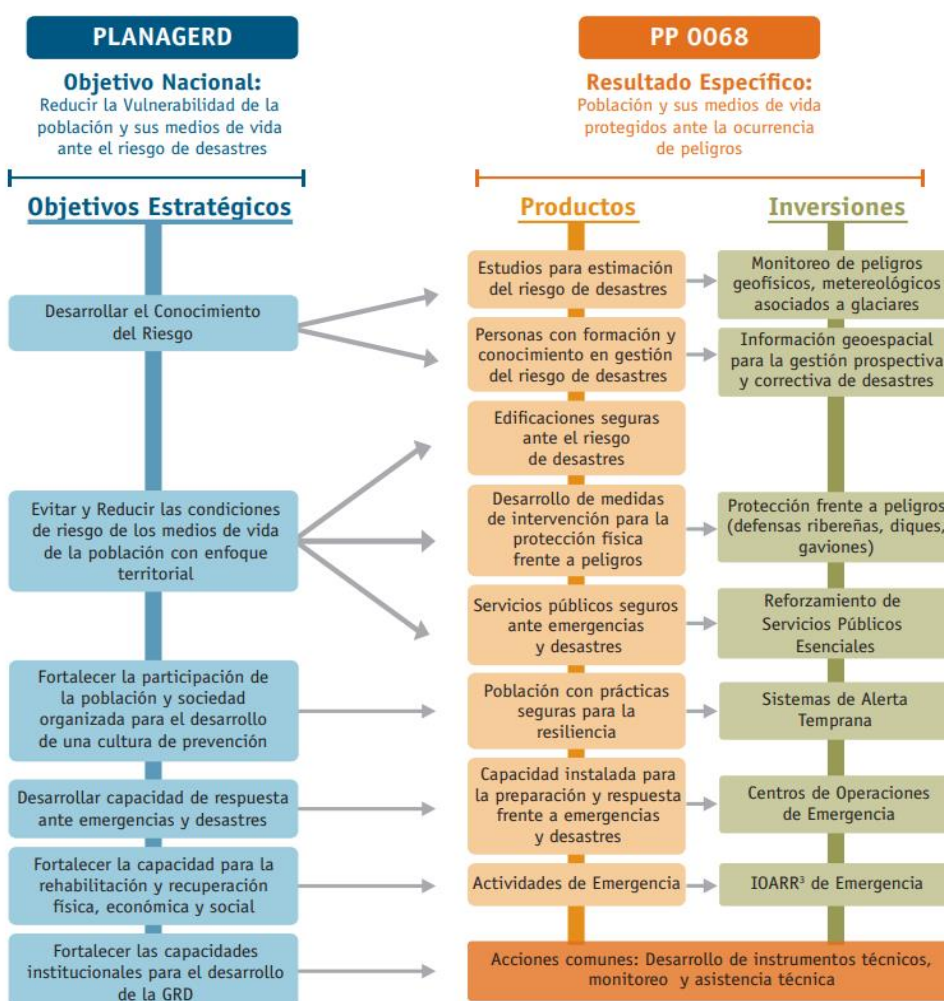
⁶² https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/502648/ANEXO_02_PP0068_-_2020_ACTUALIZADO.pdf

Prácticas para la prevención y reducción del riesgo de desastres, y preparación para atención de emergencias y desastres

En el Programa Presupuestal 0068 “Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres”, bajo la rectoría de la Presidencia del Consejo de Ministros y en coordinación con las entidades públicas que ejecutan la gestión del riesgo de desastres, se identifican los productos (Bienes y servicios integrales) e inversiones para los siete procesos de la gestión del riesgo de desastres: 1) Estimación del riesgo, 2) Prevención del riesgo, 3) Reducción del riesgo, 4) Preparación, 5) Respuesta, 6) Rehabilitación, y 7) Reconstrucción.

En la Figura 23 muestra los objetivos estratégicos de Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres alineado a los productos del Programa Presupuestal 0068 “Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres”

Figura 23. Cadena programática del PP 0068.



Fuente: Manual de Mecanismos de Financiamiento para el SINAGERD. PCM (Actualizado para el año 2020).⁶³

Los productos del Programa Presupuestal 0068 “Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres - año 2020, que financiarán las actividades para el logro de los objetivos estratégicos son:

- 1) Estudios para estimación del riesgo de desastres,
- 2) personas con formación y conocimiento en gestión del riesgo de desastres,

⁶³ https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/475096/Manual_Mecanismos_de_Financiamiento_Actualizado_al_2020_.pdf

- 3) edificaciones seguras ante riesgos y desastres,
- 4) desarrollo de medidas de intervención para la protección física frente a peligros,
- 5) servicios públicos seguros ante emergencias y desastres,
- 6) población con prácticas seguras para la resiliencia,
- 7) capacidad instalada para la preparación y respuesta frente a emergencias y desastres.

El producto 5: servicios públicos seguros ante emergencias y desastres principalmente Salud y Educación, hace posible que se cuente con los recursos económicos para el financiamiento de la construcción de Establecimientos de Salud con niveles de seguridad adecuados en aspectos estructurales, arquitectónicos y funcionales (organización) frente a peligros de origen natural o inducidos por la acción humana.

Prácticas de prevención de riesgo de Desastres por el Fenómeno El Niño, Riesgo de Desastres por Inundaciones, Riesgo de Desastres por Movimientos en Masa y Prácticas de prevención de riesgo de Desastres por Bajas temperaturas y Sequías.

En las prácticas para la gestión del riesgo de desastres frente a peligros tales como Fenómeno El Niño, Inundaciones, Movimientos en Masa, bajas temperaturas, Sequías, entre las principales; la Presidencia del Consejo de Ministros, como ente rector del SINAGERD y del PP 0068, articula la ejecución de intervenciones en gestión del riesgo de desastres en coordinación con las entidades conformantes del SINAGERD, en los productos e inversiones establecidos en el Programa Presupuestal 0068, según su competencia.

Una de las principales prácticas para la gestión reactiva, son los simulacros, que vienen a ser un ejercicio planificado que realiza la población de un centro poblado y/o una edificación, de cómo se debe de actuar antes, durante y después de una emergencia y/o desastre producido por un fenómeno natural llámese sismo, tsunami, etc., o inducido por el hombre como los incendios, por ejemplo.

Estos simulacros son importantes porque nos permiten crear y/o fortalecer una cultura de prevención frente a los peligros a los que estamos expuestos en nuestras comunidades. Nos permiten también, tomar conciencia y prepararnos ante la ocurrencia de los peligros. A través de ellos, identificamos cuáles son las vulnerabilidades de las vías de evacuación y las zonas seguras en nuestra comunidad.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), solo 3 de cada 10 personas en Perú participan en los simulacros de sismo y tsunami que realiza la institución durante todo el año, siendo la meta que 6 de 10 personas participen en los simulacros.

Otra de las prácticas para la prevención y reducción del riesgo de desastres, y preparación para atención de emergencias y desastres que no se están cumpliendo, son las relativas a la construcción de las viviendas. La precariedad en la construcción de las viviendas se inició en los años 50. Los invasores de terrenos, conformada por una población migrante, principalmente de la sierra, construyeron sus viviendas empleando como materiales palos de eucalipto y esteras que por ser materiales livianos y flexibles podían soportar los movimientos sísmicos hasta de magnitud de 7 grados, según la explica el sismólogo Julio Kuroiwa en su libro "Gestión del riesgo de desastres en el siglo XXI. Progresivamente las esteras y palos de eucalipto fueron reemplazados por ladrillo, cemento y fierro, a través de un proceso de autoconstrucción. El grave problemas que se ha generados es que dichas construcciones no cumplen con el Reglamento Nacional de Edificaciones del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Los resultados de estas autoconstrucciones se evidenciaron en el terremoto del 15 de agosto del 2007 que ocurrió en Ica. Según un informe de INDECI, producto del sismo, de las 87 432 viviendas de la ciudad, 75,786 fueron afectadas por el sismo de las cuales 52,154 fueron destruidas y 23, 632 muy afectadas, ello implica que el 86,6% del total de viviendas de la ciudad fueron destruidas o muy afectadas debido a que fueron construidas sin cumplir con las normas técnicas especificadas en el Reglamento Nacional de Edificaciones.

Según INEI (ENAHU, 2018) el 46,6% de la población urbana del país vive en barrios marginales, asentamientos improvisados o viviendas inadecuadas, la gran mayoría autoconstruidas, sin cumplir con las

nomas del Reglamento Nacional de Edificaciones del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, generando un alto riesgo a sus habitantes ante un sismo superior a los 8 grados.

El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, ha emitido normas que establecen los criterios y requisitos mínimos para el diseño y ejecución de las habilitaciones urbanas y edificaciones, así como la regulación de los procedimientos administrativos para obtención de licencias de habilitación urbana y de edificación, siendo las municipalidades las responsables del cumplimiento de las mismas, emitiendo las licencias y realizando el control urbano correspondiente. Lamentablemente, los municipios solo emiten licencias, más no verifican en muchos casos, si la edificación se está ejecutando correctamente en concordancia con los planos aprobados. En el caso de los asentamientos humanos, los municipios en su mayoría no realizan un adecuado control urbano.

Se puede concluir que, en las prácticas relativas a la construcción de viviendas seguras, en las zonas marginales donde se autoconstruyen, no se cumplen con el Reglamento Nacional de Edificaciones del Ministerio de Vivienda y Construcción porque las municipales, no realizan el control tanto en los planos de construcción como en el proceso de fabricación de las viviendas, sean estas familiares o multifamiliares. En las prácticas de prevención de riesgos de desastres por el fenómeno El Niño, por Inundaciones, por Movimientos en Masa y por las bajas temperaturas y Sequías, INDECI está llevando a cabo los medios (prácticas) y productos para la prevención y reducción del riesgo de desastres, y preparación para atención de emergencias y desastres, establecidos en el Programa Presupuestal 0068.

Por otro lado, la efectividad de las prácticas para prevenir riesgo de desastres solo será posible comprobar cuando ocurra un desastre.

CAUSA DIRECTA 2: LIMITADA COBERTURA Y ACCESO DE LA POBLACIÓN A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

El Sector y el Sistema de salud en el Perú

La Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud⁶⁴, define al Sector Salud como el conjunto de entidades adscritas al organismo rector 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 que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. Puntualiza que el Sector Salud está conformado por:

- El Ministerio de Salud como ente Rector y Autoridad Nacional de Salud.
- Las IPRESS (Instituciones Prestadoras de Salud) públicas, privadas y mixtas.
- Las IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud) y otros compradores y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y mixtos.
- Las entidades públicas y privadas formadoras de Recursos Humanos en Salud.
- Las entidades productoras y comercializadoras de otros recursos en salud.
- Las entidades que pertenecen al Estado cuando en el ejercicio de sus competencias tienen impacto sobre la salud o sus factores determinantes.
- Las personas jurídicas públicas, privadas o mixtas y personas naturales que realizan actividades de impacto sobre la salud o sus factores determinantes.
- La sociedad civil que realiza actividades vinculadas a las competencias en materia de salud.
- La población en general como corresponsable en materia de salud.

El *sistema de salud* es en sí mismo un factor determinante intermedio; esto quiere decir que, sus servicios aportan al mantenimiento de la salud o facilitan la recuperación de la salud de las personas. En el caso peruano, nuestro sistema se caracteriza por: a) su segmentación, donde coexisten diferentes subsistemas

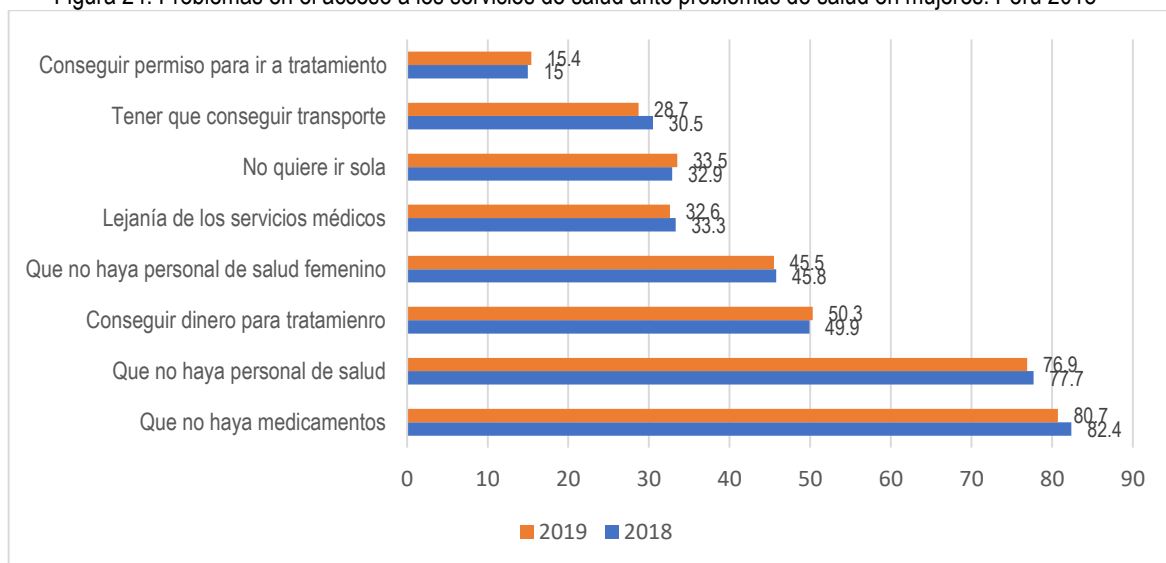
⁶⁴ Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.

con diferentes formas de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud⁶⁵; y por b) la fragmentación de la producción y provisión de servicios de salud entre niveles de atención y entre diferentes tipos de prestadores, caracterizado por un enfoque recuperativo, parcial y de los episodios por los que acude la persona.

A través de acceso a los servicios de salud, con puntos de atención y una progresión de servicios de calidad con frecuencia y continuidad, donde las personas muestren confianza en el sistema y los servicios ofrecidos adecuados a las necesidades de la población, que incluyen atributos como conveniencia, asequibilidad y seguridad, y que son ofrecidos en un marco de prevención. Sin embargo, el acceso a una atención oportuna al ciudadano no responde a las necesidades de la población, con prestaciones de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción del usuario y usuaria por los servicios recibidos⁶⁶. Adicionalmente, los establecimientos públicos del primer nivel se caracterizan por una infraestructura y equipamiento limitados, y con poca disponibilidad de atención especializada, que no hace posible atender las necesidades de salud de la población.

Según la ENDES 2019, el 90.6% de las mujeres reportaron tener problemas de acceso a servicios de salud, cifra menor a lo reportado en el 2014. Según motivos específicos, los más frecuentes que mencionaron las mujeres fueron: "que no había medicamentos" (80,7%), que "no había algún personal de salud" (76,9%) y el 50,3% problemas económicos para el tratamiento. Otros problemas fueron mencionados en menores porcentajes (Figura 24).

Figura 24. Problemas en el acceso a los servicios de salud ante problemas de salud en mujeres. Perú 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según la Encuesta realizada por SUSALUD en el año 2016, muestra que el 73,9% de las personas usuarias se encuentran satisfechas con la consulta externa, evidenciándose un incremento de 3,8% respecto al año 2014 (Tabla 14).

Tabla 14.. Grado de satisfacción del usuario de consulta externa por IPRESS

| Grado de Satisfacción | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------------------|--------|--------|-------|
| Satisfecho | 70.1% | 73.7 % | 73.9% |
| Ni satisfecho a ni insatisfecho | 21.5 % | 18.6 % | 20.2% |
| Insatisfecho | 8.3 % | 7.7 % | 5.9% |

⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud O. La Políticas Públicas y los sistemas y servicios de salud. Salud en las Américas, 2007. OPS; 2007.

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud O. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Serie N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud. OPS; 2010.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016.

Al analizar el grado de satisfacción por IPRESS (Tabla 15), se observa que la proporción más baja la tienen los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, siendo superado por establecimientos privados.

Tabla 15. Grado de satisfacción del usuario de consulta externa por IPRESS

| IPRESS | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------|-------|-------|-------|
| MINSA | 66.3% | 72% | 66.7% |
| ESSALUD | 68.2% | 64.9% | 74.9% |
| FFAA/PNP | 82.7% | 90.9% | 80.9% |
| PRIVADO | 87.1% | 93.2% | 89.7% |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016.

Con la entrada en vigor del Decreto Supremo N° 002-2019-SA, SUSALUD es la responsable de atención de las consultas y denuncias, dejando el término quejas y peticiones de intervención de oficio (PIN) cuya denominación pertenece al anterior Decreto Supremo N°030-2026-SA, que estuvo vigente hasta el 29 de abril del 2019. En tal sentido, el año 2019 se atendieron 159,702 personas usuarias y el periodo 2020 se cuenta hasta el hasta el 15 de junio 2020 con 68,421 atenciones (Tabla 16).

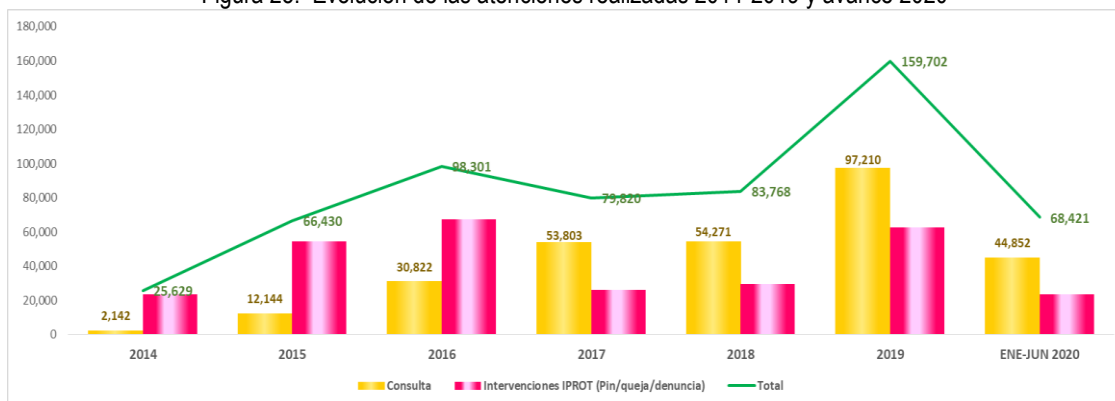
Tabla 16. Atenciones realizadas para la protección de derechos en salud

| Año | Consulta | Intervenciones IPROT (Pin/queja/denuncia) | Total |
|--------------|----------|---|---------|
| 2014 | 2,142 | 23,487 | 25,629 |
| 2015 | 12,144 | 54,286 | 66,430 |
| 2016 | 30,822 | 67,479 | 98,301 |
| 2017 | 53,803 | 26,017 | 79,820 |
| 2018 | 54,271 | 29,497 | 83,768 |
| 2019 | 97,210 | 62,492 | 159,702 |
| ENE-JUN 2020 | 44,852 | 23,569 | 68,421 |

Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 15 de junio del 2020
 Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS

Asimismo, se muestra la evolución creciente de las atenciones realizadas en el periodo 2014 hasta el avance 2020 (Figura 25).

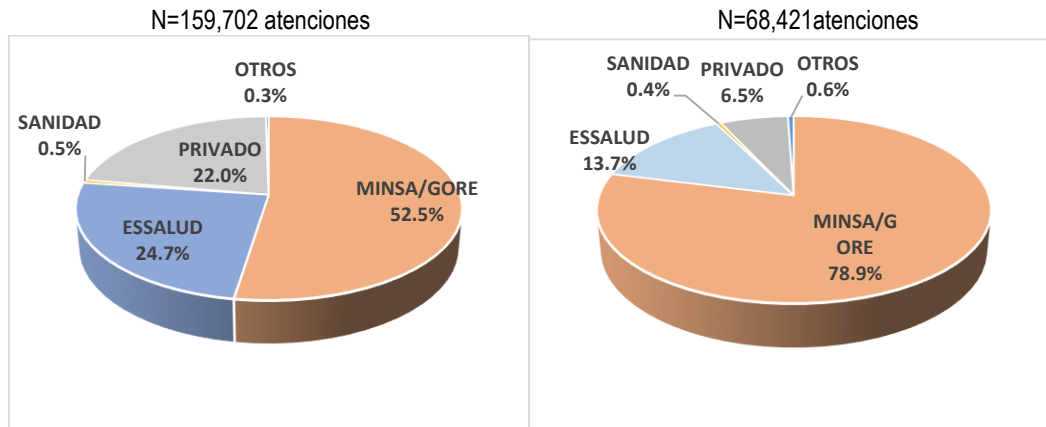
Figura 25. Evolución de las atenciones realizadas 2014-2019 y avance 2020



Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 15 de junio del 2020. Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS

La base de datos permite la evaluación de nuestras atenciones por regiones, por sector, por regiones y por tipo de establecimiento IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) e IAFAS (Instituciones Financiadoras de Servicios de Salud). Según la Figura 26, se aprecia el sector más demandado es los que pertenecen al MINSA y Gobiernos Regionales con el 52,5% en el 2019 y el periodo 2020 78,9%, en este periodo principalmente por la concentración de actividades por COVID19 en dicho sector.

Figura 26. Atenciones realizadas periodo 2019 y periodo 2020, según sector



Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 15 de junio del 2020
 Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS

Según la Tabla 17, se aprecia el 2019 las regiones de Lima, Callao, Lambayeque, Arequipa, La Libertad concentran el 71% de las atenciones.

Tabla 17. Atenciones realizadas periodo 2019, según región

| ITEM | REGIONES | % DE ATENCIONES | %ACUMULADO | ATENCIONES |
|------|---------------|-----------------|------------|------------|
| 1 | LIMA | 59.80% | 59.80% | 95,425 |
| 2 | CALLAO | 4.90% | 64.60% | 7,749 |
| 3 | LAMBAYEQUE | 3.30% | 67.90% | 5,285 |
| 4 | AREQUIPA | 3.10% | 71.00% | 4,935 |
| 5 | LA LIBERTAD | 3.00% | 74.00% | 4,758 |
| 6 | LIMA REGIÓN | 2.70% | 76.70% | 4,344 |
| 7 | PIURA | 2.50% | 79.20% | 3,974 |
| 8 | JUNIN | 2.00% | 81.20% | 3,271 |
| 9 | CUSCO | 2.00% | 83.20% | 3,166 |
| 10 | ICA | 1.80% | 85.00% | 2,842 |
| 11 | ANCASH | 1.50% | 86.50% | 2,440 |
| 12 | PUNO | 1.30% | 87.80% | 2,006 |
| 13 | UCAYALI | 1.20% | 89.00% | 1,899 |
| 14 | CAJAMARCA | 1.20% | 90.20% | 1,884 |
| 15 | LORETO | 1.10% | 91.30% | 1,833 |
| 16 | PASCO | 1.10% | 92.40% | 1,726 |
| 17 | TACNA | 1.00% | 93.40% | 1,565 |
| 18 | HUANUCO | 0.90% | 94.30% | 1,486 |
| 19 | TUMBES | 0.90% | 95.20% | 1,373 |
| 20 | AYACUCHO | 0.80% | 96.00% | 1,353 |
| 21 | AMAZONAS | 0.80% | 96.80% | 1,323 |
| 22 | APURIMAC | 0.80% | 97.60% | 1,226 |
| 23 | HUANCAVELICA | 0.70% | 98.30% | 1,184 |
| 24 | MOQUEGUA | 0.70% | 99.10% | 1,166 |
| 25 | SAN MARTIN | 0.70% | 99.80% | 1,104 |
| 26 | MADRE DE DIOS | 0.20% | 100.00% | 338 |
| 27 | No registra | 0.00% | 100.00% | 47 |
| | | | | 159,702 |

Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 31 de diciembre 2019
 Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS



Según la Tabla 18, se aprecia el periodo 2020 las regiones de Lima, Callao, Lambayeque, La Libertad, Piura concentran el 75,94% de las atenciones.

Tabla 18. Atenciones realizadas periodo 2020, según región

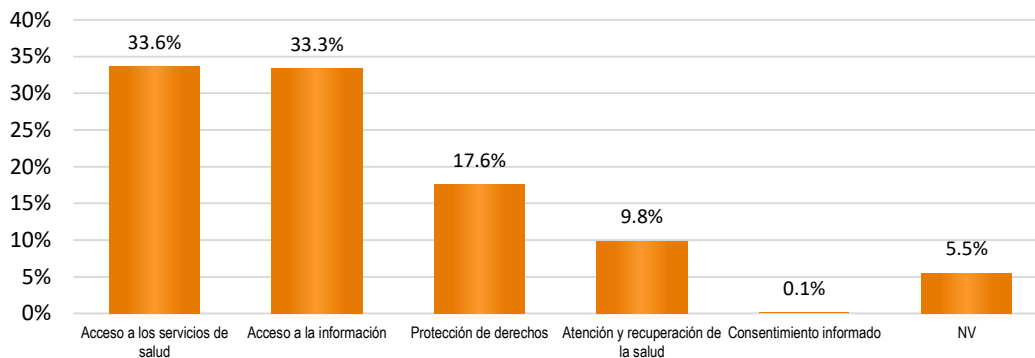
| ITEM | REGIONES | % DE ATENCIONES | % ACUMULADO | ATENCIONES |
|------|---------------|-----------------|-------------|------------|
| 1 | LIMA | 62.70% | 62.70% | 42901 |
| 2 | CALLAO | 5.12% | 67.82% | 3502 |
| 3 | LAMBAYEQUE | 2.86% | 70.68% | 1957 |
| 4 | LA LIBERTAD | 2.65% | 73.33% | 1811 |
| 5 | PIURA | 2.62% | 75.94% | 1791 |
| 6 | AREQUIPA | 2.52% | 78.46% | 1723 |
| 7 | LIMA REGION | 2.16% | 80.62% | 1478 |
| 8 | CUSCO | 1.94% | 82.57% | 1330 |
| 9 | JUNIN | 1.84% | 84.41% | 1261 |
| 10 | ANCASH | 1.44% | 85.85% | 988 |
| 11 | APURIMAC | 1.43% | 87.28% | 977 |
| 12 | UCAYALI | 1.23% | 88.51% | 839 |
| 13 | CAJAMARCA | 1.13% | 89.64% | 775 |
| 14 | ICA | 1.13% | 90.77% | 775 |
| 15 | HUANUCO | 1.11% | 91.88% | 758 |
| 16 | PUNO | 0.99% | 92.87% | 679 |
| 17 | TACNA | 0.90% | 93.78% | 619 |
| 18 | HUANCAVELICA | 0.88% | 94.66% | 601 |
| 19 | LORETO | 0.81% | 95.47% | 557 |
| 20 | AYACUCHO | 0.81% | 96.28% | 556 |
| 21 | TUMBES | 0.76% | 97.04% | 518 |
| 22 | AMAZONAS | 0.75% | 97.79% | 513 |
| 23 | SAN MARTIN | 0.72% | 98.51% | 491 |
| 24 | MOQUEGUA | 0.64% | 99.15% | 438 |
| 25 | PASCO | 0.56% | 99.71% | 382 |
| 26 | MADRE DE DIOS | 0.29% | 100.00% | 201 |
| | | | | 68,421 |

Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 15 de junio del 2020
Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS

El Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414, establece los cinco derechos de las personas usuarias de los servicios de salud que son prioritarios para las intervenciones de promoción y protección a desarrollar por el sector, estos son: el acceso a los servicios de salud, a la atención y recuperación en salud, el acceso a la información, protección de derechos y el consentimiento informado. Asimismo, encarga a la Superintendencia Nacional de Salud velar por la protección de estos derechos, junto con los mecanismos para su divulgación en las IAFAS y las IPRESS. La presunta vulneración de ellos motiva la presentación de una solicitud de atención por parte de las personas (Figura 27).

En el 2019, las personas usuarias presentaron solicitudes frente a las siguientes vulneraciones: 53,653 (33,6%) casos por la dificultad en el acceso a servicios de salud, medicamentos y productos sanitarios necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud; 53,235 (33,3%) casos por problemas en el acceso a la información en los servicios de salud; 28,099 casos (17,6%) se refirieron a la protección de otros derechos en salud; 15,713 casos (9,8%) fueron respecto al derecho a la atención y recuperación de la salud; 0,1% se relacionaron a problemas para otorgar el consentimiento informado libre y voluntario en la aplicación de procedimientos, pruebas riesgosas y exploración y tratamiento o exhibición con fines docentes, asimismo, 8,788 atenciones no estuvieron vinculadas a vulneración de derechos (NV), sólo fueron orientaciones.

Figura 27. Porcentajes de atenciones efectuadas en protección de derechos según tipo de derecho vulnerado. 2019



Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 15 de junio del 2020
Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS

Considerando que las denuncias están vinculadas al acceso a los servicios de salud, muchas de ellas dependen de factores externos en los Establecimientos de salud que tienen que ver con organización, infraestructura, planificación propia del Establecimiento, por ello se evaluó el año 2019 y se planteó la descentralización efectiva de los Delegados SUSALUD en todas las regiones del Perú, cuya misión fue la prevención y la restitución de la vulneración del derecho en salud de manera presencial en las IPRESS. Esta estrategia surge para la orientación y protección de los derechos en salud, en el marco de la política de humanización de los servicios de salud que impulsa el Ministerio de Salud. La resolución de las denuncias se realizó con acciones de intermediación y coordinación con las PAUS (MINSAs), Oficina de Atención al Asegurado (ESSALUD), Defensores del Usuario (Regiones) brindando atención a los usuarios de manera directa para evitar que se priorice un proceso de investigación PAS que pueda demorar mucho tiempo y no permita la solución de los usuarios.

Considerando que con la anterior normativa las quejas tenían un trámite engorroso que demoraba el tiempo de atención de las solicitudes, estos procedimientos se simplificaron con la puesta en vigencia de la nueva normativa D.S. 002-2019-SA, lo que permitió fortalecer las medidas de intermediación a través de las acciones inmediatas por lo que en el periodo 2019 el 85% de nuestras atenciones fueron antes de los 25 días, incluso el 40% de las denuncias ingresadas a SUSALUD se vieron beneficiados con una atención oportuna en menos de 48 horas, donde se aplicaron acciones inmediatas en salud – AIS focalizadas en grupos vulnerables y de riesgo de vida.

Además, nuestros datos son usados para la planificación de las Supervisiones y las acciones de promoción que enfocan territorialmente las acciones que permiten identificar las principales vulneraciones y planificar sus acciones para prevenir futuras vulneraciones.

Las denuncias y quejas que ingresaron a investigación son principalmente médicas, ya que las insatisfacciones son principalmente por acceso a los servicios de salud de naturaleza médica y en un menor porcentaje quirúrgica. Estas fueron: 30% por presunta falta de información, 20% por presunta negativa de referencia de pacientes a IPRESS privada o pública, 15% por presunta falta de cobertura/medicamento, 10% por presunta negativa de atención de emergencia, acceso a citas y cirugías, 7% por presunto error diagnóstico médico/laboratorio, 5% por presunta inadecuada en la atención o muerte del paciente, 3% por presunto cobro indebido (pruebas, condicionamiento pago).

Así mismo, se realiza una medición de la duración de los procesos sancionadores a través de un indicador contenido en el Sistema de Gestión de la Calidad. Esta medición, al concluir el año 2019 obtuvo un resultado de 264 días, el cual se encuentra por debajo del plazo establecido por la LPAG para la caducidad de los procedimientos administrativos sancionadores. Cabe señalar que los órganos responsables de tramitar los expedientes del Procedimiento Administrativo Sancionador trabajan atendiendo la mitigación de riesgos, respecto a los plazos de prescripción y caducidad establecidos por la norma.

De conformidad con el Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD, dentro de un Proceso Administrativo Sancionador se pueden dictar medidas de carácter provisional y/o medidas correctivas, siendo estas últimas las mismas que tienen por finalidad corregir o revertir los efectos que la conducta infractora hubiera ocasionado, o minimizar el riesgo de que estas se produzcan nuevamente.

Paulatinamente se mejoró la satisfacción del usuario de los servicios de salud, que se atiende a través de los canales SUSALUD, los usuarios se encuentran satisfechos con las intervenciones inmediatas que permite alcanzar al 98% de satisfacción en la atención por canales principalmente el telefónico, Delegados y el virtual (correo, web, redes sociales, app móvil) que son los más demandados en esta Pandemia ya que se han mantenido 24 x 7 y estos han podido gestionar oportunamente los requerimientos de nuestros usuarios.

Como resultado del proceso sancionador, se emite una resolución que puede contener una sanción y una medida correctiva. Las sanciones que se aplican a la IPRESS pueden ser:

- Amonestación escrita,
- Multa que puede ascender hasta las 500 UIT (dependiendo de la gravedad de la infracción),
- Restricción de uno o más servicios de la IPRESS
- Cierre temporal de la IPRESS
- Cierre definitivo de la IPRESS

Estas sanciones cuando quedan consentidas son ingresadas al registro de sanciones de SUSALUD. Asimismo, respecto a las medidas correctivas, conforme se indicó en respuesta anterior, tienen por finalidad corregir o revertir los efectos que la conducta infractora hubiera ocasionado, o minimizar el riesgo de que estas se produzcan nuevamente.

A pesar de que SUSALUD no cuenta con intendencias descentralizadas, ello no implica dejar indefenso al usuario, pues el sistema de delegados es una red activa que es fortalecida a través de las actividades de IPROT, mitigando la ausencia de sedes físicas en diferentes regiones.

Existe una necesidad preponderante para continuar con la descentralización efectiva del accionar de SUSALUD, principalmente lo relacionado a protección de derechos en salud con sedes desconcentradas a nivel nacional que permita estar más cerca a los usuarios y podamos hacer frente las insatisfacciones de los usuarios a través de gestiones oportunas en nuestros canales de atención y de los Delegados en Salud en las IPRESS, ya que su presencia permite que más regiones del país tenga cercana una autoridad que defiende sus derechos y más aún de la población vulnerable.

La desconcentración permitirá impulsar acciones efectivas para proteger los derechos en salud de las personas en trabajo coordinado con las autoridades regionales del país, además atender la causa raíz de las vulneraciones y trabajar articuladamente con las Instituciones Público/Privadas de la región para brindar adecuadas acciones de promoción, prevención de la vulneración y protección de los derechos en salud.

Entre las causas de la limitada cobertura y acceso a los servicios de salud se tiene:

2.1 Limitado acceso a una capacidad resolutive suficiente, integral y de calidad de los servicios de salud en base a las necesidades diferenciadas de las personas.

El tiempo de espera es un elemento que depende, en gran medida, de la administración y organización del centro de salud y no tanto de la atención directa del médico. En general, existen dos formas de programar un servicio: el modelo de colas y el modelo de reserva de citas. Estas mismas modalidades son implementadas en el sector Salud.

Según la encuesta de SUSALUD, reporta que el promedio de días para acceder a una cita es 13 días, siendo más alto en establecimientos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (Tabla 19).



Tabla 19. Tiempo promedio de programación de cita. Promedio de días.

| IPRESS | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------|------|------|------|
| MINSA | 14 | 19 | 12 |
| ESSALUD | 14 | 18 | 19 |
| FFAA/PNP | 13 | 19 | 22 |
| PRIVADO | 6 | 10 | 7 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016

Respecto al tiempo de espera para acceder a la atención en la consulta externa estando en el establecimiento de salud; para el año 2016 fue 101 minutos, 30 minutos más que lo reportado en el año 2014, siendo mayor en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (Tabla 20).

Tabla 20. Tiempo promedio en minutos de espera para atención.

| IPRESS | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------|------|------|------|
| MINSA | 135 | 148 | 114 |
| ESSALUD | 80 | 81 | 58 |
| FFAA/PNP | 64 | 56 | 50 |
| PRIVADO | 57 | 42 | 35 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016

Según el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Salud (RENIPRESS), a junio de 2020, existen 23 957 IPRESS a nivel país, que incluyen establecimientos de salud (E.S.) y servicios médicos de apoyo (S.M.A.), de las cuales 17514 pertenecen al primer nivel de atención y representan el mayor porcentaje (73,11%), mientras que en el segundo y tercer nivel de atención se encuentra 510 IPRESS (2,13%). Sin embargo, existen 5876 (24,53%) IPRESS que están registradas pero que no tienen categoría (ver Tabla 21).

Tabla 21. Número de IPRESS según nivel y tipo de IPRESS

| Categoría E.S. | | Nº |
|----------------|-------|--------------|
| Nivel 1 | I-1 | 8407 |
| | I-2 | 5231 |
| | I-3 | 3437 |
| | I-4 | 439 |
| Nivel 2 | II-1 | 238 |
| | II-2 | 83 |
| | II-E | 189 |
| Nivel 3 | III-1 | 35 |
| | III-2 | 15 |
| | III-E | 7 |
| Sin Categoría | | 5876 |
| Total | | 23957 |

Elaboración propia.

Fuente: RENIPRESS al 19/06/2020.

Del total de IPRESS, 14722 (61,45%) pertenecen al régimen privado, y el restante pertenece al régimen público, como se detalla a continuación en la Tabla 22:

Tabla 22. Distribución de IPRESS por departamento.

| DEPARTAMENTO | INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | Total general | |
|--------------|-------------|-------------------|------|-------|-------------------------|--------------------------|------|---------|-------------------------------------|---|---|---------------|-------------------------------|
| | ESSALUD | GOBIERNO REGIONAL | INPE | MINSA | MUNICIPALIDAD DISTRITAL | MUNICIPALIDAD PROVINCIAL | OTRO | PRIVADO | SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU | SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU | SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU | | SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU |
| AMAZONAS | 10 | 478 | 2 | | | | 1 | 80 | | | 3 | 8 | 582 |
| ANCASH | 19 | 421 | 1 | | | | | 142 | | 1 | 2 | | 586 |



| DEPARTAMENTO | INSTITUCIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------------|------|-------|-------------------------|--------------------------|------|---------|-------------------------------------|---|---|-------------------------------|---------------|
| | ESSALUD | GOBIERNO REGIONAL | INPE | MINSA | MUNICIPALIDAD DISTRITAL | MUNICIPALIDAD PROVINCIAL | OTRO | PRIVADO | SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU | SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU | SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU | SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU | Total general |
| APURIMAC | 8 | 388 | 2 | | | | | 112 | | | 3 | 1 | 514 |
| AREQUIPA | 25 | 263 | 3 | | | 2 | 5 | 824 | 3 | 3 | 4 | 6 | 1138 |
| AYACUCHO | 12 | 407 | 1 | | | | | 58 | | | 4 | 1 | 483 |
| CAJAMARCA | 17 | 859 | 2 | | 2 | 3 | 3 | 366 | | | 3 | 2 | 1257 |
| CALLAO | 6 | 55 | 2 | | 9 | | 1 | 765 | 1 | 19 | 4 | 3 | 865 |
| CUSCO | 17 | 347 | 4 | | | 3 | 3 | 617 | | 1 | 5 | 8 | 1005 |
| HUANCAVELICA | 8 | 410 | 1 | | | | 2 | 43 | | | 2 | 1 | 467 |
| HUANUCO | 10 | 337 | 1 | | 1 | | 1 | 67 | | | 2 | 4 | 423 |
| ICA | 15 | 148 | 2 | | 3 | 1 | | 234 | 1 | 1 | 4 | 1 | 410 |
| JUNIN | 21 | 507 | 3 | | 4 | 1 | 3 | 490 | 1 | | 6 | 9 | 1045 |
| LA LIBERTAD | 39 | 322 | 1 | | | | | 378 | | | 2 | 1 | 743 |
| LAMBAYEQUE | 19 | 188 | 1 | | | 1 | 2 | 479 | 1 | | 1 | 1 | 693 |
| LIMA | 54 | 332 | 11 | 420 | 14 | 32 | 23 | 7965 | 12 | 7 | 21 | 27 | 8918 |
| LORETO | 12 | 437 | 2 | | | | 1 | 200 | 2 | 27 | 1 | 16 | 698 |
| MADRE DE DIOS | 4 | 94 | 1 | | | | | 64 | 1 | 1 | 1 | 1 | 167 |
| MOQUEGUA | 6 | 65 | 1 | | | | | 55 | | | 2 | | 129 |
| PASCO | 14 | 257 | 2 | | | | | 33 | | | 2 | 1 | 309 |
| PIURA | 21 | 416 | 2 | | | 1 | 6 | 822 | 2 | 2 | 3 | 11 | 1286 |
| PUNO | 23 | 467 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 201 | | 2 | 3 | 9 | 714 |
| SAN MARTIN | 15 | 374 | 4 | | | 2 | 1 | 204 | 2 | | 3 | 4 | 609 |
| TACNA | 9 | 78 | 2 | | 1 | 1 | 1 | 426 | 2 | | 2 | 8 | 530 |
| TUMBES | 4 | 47 | 1 | | | 1 | | 45 | | 1 | 1 | 6 | 106 |
| UCAYALI | 6 | 210 | 1 | | 1 | | 2 | 52 | 1 | 2 | 1 | 4 | 280 |
| Total general | 394 | 7907 | 58 | 421 | 36 | 48 | 57 | 14722 | 29 | 67 | 85 | 133 | 23957 |

Elaboración propia.

Fuente: RENIPRESS al 19/06/2020.

Según la Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA aprueba la Norma Técnica de Categorías de los Establecimientos del Sector Salud, así como la Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S aprueba el Reglamento del RENIPRESS. Asimismo, en mérito al artículo 100 del Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aprobado por Decreto Supremo N°013-2006-SA, el cual señala que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben someterse a procesos de categorización y recategorización de acuerdo con las normas técnico-sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud. La recategorización debe obtenerse cada tres años o en caso varíe su complejidad.

De conformidad con el artículo 7 del Decreto Legislativo N° 1158 se establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.

La Novena Disposición Complementaria Final del Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 031-2014-SA y modificada por el artículo 1 del Decreto Supremo N° 028-2019-SA, señala lo siguiente:



"Novena. - Categorización de IPRESS.

Las IPRESS que a la publicación del presente Reglamento se encuentren registradas en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS a cargo de SUSALUD o hayan iniciado su trámite de inscripción en el mencionado Registro y, no se encuentren categorizadas o no cuenten con una categorización vigente, tendrán plazo para categorizarse o recategorizarse hasta el 31 de diciembre de 2020. Las IPRESS que no cuenten con Registro en el RENIPRESS no pueden brindar servicios de salud. SUSALUD procede a cancelar de oficio el Registro de las IPRESS que a partir del 1 de enero de 2021 no cuenten con categorización vigente (SIC)".

Por tanto, el referido dispositivo normativo contempla que existan IPRESS registradas en el RENIPRESS o que han iniciado su trámite de inscripción (antes del 31.12.19 fecha de publicación del DS N° 028-2019-SA) en el mencionado Registro que no se encuentran categorizadas o no cuentan con una categorización vigente, no obstante, tienen plazo para hacerlo hasta el 31 de diciembre de 2020.

La cobertura de servicios de salud de las Sanidades de la Policía Nacional del Perú (PNP), tiene al menos una IPRESS con convenio o contrato con SALUDPOL en 55 de 194 provincias (este número de provincias no incluye a Lima Metropolitana y a la Provincia Constitucional del Callao); y sólo en 58 de 1824 distritos (este número de distritos no incluye a los de Lima Metropolitana y de la Provincia Constitucional del Callao) se encuentra un establecimiento de salud de la PNP (Tabla 23).

Tabla 23. Cobertura de servicios de salud, por provincias y distritos

| Descripción | Provincias | Distritos |
|--|------------|-----------|
| A nivel nacional | 194* | 1 824** |
| Provincias o distritos con al menos una IPRESS con Convenio o Contrato con SALUDPOL | 55 | 58 |
| % de provincias/distritos con al menos una IPRESS con Convenio o Contrato con SALUDPOL | 28.3% | 3.2% |

Fuente: SUSALUD: Registro Nacional de IPRESS. Elaboración SALUDPOL

* No incluye Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.

** No incluye a los distritos de Lima Metropolitana y de la Provincia Constitucional del Callao

Por otro lado, de acuerdo con la capacidad resolutive a nivel nacional de los establecimientos de salud de la PNP, existen 83 EESS, de los cuales 23 (28%) se encuentran en Lima Metropolitana y el Callao y 60 (72%) establecimientos de salud en el resto del país, además cuenta con tres hospitales II-1, un hospital II-E (*), un hospital III-1(*) y 7 centros de salud con internamiento (I-4). El resto (71 EESS) no tienen atención 24 horas, por lo que no brindan atención fuera de su horario de trabajo (Ver Tabla 24).

Tabla 24. IPRESS PNP, por ubicación y categoría

| Categoría | Lima Metropolitana y Callao | Resto del país | Total | % |
|----------------------|-----------------------------|----------------|-----------|-------------|
| I-1 | | 6 | 6 | 7% |
| I-2 | 6 | 31 | 37 | 45% |
| I-3 | 14 | 14 | 28 | 34% |
| I-4 | | 7 | 7 | 8% |
| II-1 | 1 | 2 | 3 | 4% |
| II-E | 1 | 0 | 1 | 1% |
| III-1 | 1 | 0 | 1 | 1% |
| Total general | 23 | 60 | 83 | 100% |

Fuente: SUSALUD: Registro Nacional de IPRESS, al 30 de junio de 2018.

De lo presentado se deduce que, en 1816 distritos a nivel nacional no existe un establecimiento de salud de la sanidad de la PNP, debido a ello un policía en actividad o sus familiares no pueden acceder a los servicios de salud de la PNP con oportunidad ni pueden continuar con sus atenciones en establecimientos de su jurisdicción generando un incremento de la demanda insatisfecha.

Infraestructura y equipamiento en salud

La Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento – DGIEM del Ministerio de Salud expidió normativa vigente, como la Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”, la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”; mediante las cuales se definen las características, criterios generales, ambientes y equipos para la implementación de establecimientos de salud según el nivel de atención; y tiene como finalidad, mejorar la calidad y seguridad de las atenciones que brindan los establecimientos de salud.

El estándar debe cumplir pues se basa en la normativa vigente sobre “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud”. Sin embargo, en la actualidad existen brechas tanto de infraestructura y de equipamiento, que se detallan a continuación.

En el marco de la Programación Multianual de Inversiones, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, a través de la Oficina de Programación Multianual de Inversiones (OPMI) del Ministerio de Salud, en coordinación con la Dirección General de Programación Multianual de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas, propone las tipologías de inversión bajo responsabilidad funcional del Sector Salud y los servicios asociados; así como los indicadores de brechas de infraestructura de servicios de salud y su medición. Respecto al valor de los indicadores de brecha, se ha recurrido a la información disponible para realizar una estimación preliminar, teniendo en cuenta el PMI 2018-2020 y el PMI 2019-2021 de los gobiernos locales y regionales, datos del Banco de Inversiones, el Sistema de Seguimiento de Inversiones (SSI) y el portal de Transparencia Económica del MEF (Consulta Amigable). Asimismo, se contó con la participación de algunas entidades del Sector para la actualización de los indicadores y valores.

La evaluación para determinar si la capacidad instalada de un establecimiento de salud del MINSA es inadecuada, se ha realizado a través del análisis de servicios asistenciales trazadores a su categoría correspondiente.

a) Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.

De acuerdo con datos del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de la Superintendencia Nacional de Salud, a nivel nacional el Sector Salud cuenta con más de ocho mil establecimientos de salud del primer nivel de atención, incluyendo a EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. En la Tabla 25, se presenta solamente la cantidad de establecimientos de salud activos y en funcionamiento, por categoría y según departamento. No se ha incluido establecimientos de salud que no cuentan con Código Único de IPRESS o con la clasificación correspondiente a su nivel resolutivo.

Tabla 25. Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención

| DEPARTAMENTO | CATEGORÍAS | | | | TOTAL |
|--------------|------------|-----|-----|-----|-------|
| | I-1 | I-2 | I-3 | I-4 | |
| Amazonas | 358 | 50 | 79 | 3 | 490 |
| Ancash | 262 | 92 | 53 | 13 | 420 |
| Apurímac | 219 | 116 | 32 | 27 | 394 |
| Arequipa | 39 | 162 | 78 | 13 | 292 |
| Ayacucho | 266 | 81 | 54 | 11 | 412 |
| Cajamarca | 592 | 152 | 112 | 14 | 870 |
| Callao | 5 | 64 | 8 | 7 | 84 |
| Cusco | 147 | 133 | 54 | 40 | 374 |
| Huancavelica | 278 | 73 | 54 | 9 | 414 |

| DEPARTAMENTO | CATEGORÍAS | | | | TOTAL |
|---------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| | I-1 | I-2 | I-3 | I-4 | |
| Huánuco | 162 | 115 | 54 | 4 | 335 |
| Ica | 25 | 82 | 53 | 3 | 163 |
| Junín | 276 | 170 | 69 | 15 | 530 |
| La Libertad | 66 | 178 | 62 | 25 | 331 |
| Lambayeque | 51 | 95 | 52 | 1 | 199 |
| Lima | 165 | 312 | 318 | 43 | 838 |
| Loreto | 322 | 59 | 59 | 16 | 456 |
| Madre De Dios | 67 | 27 | 5 | | 99 |
| Moquegua | 24 | 25 | 19 | | 68 |
| Pasco | 175 | 65 | 20 | 9 | 269 |
| Piura | 186 | 156 | 69 | 31 | 442 |
| Puno | 229 | 145 | 77 | 33 | 484 |
| San Martín | 283 | 38 | 49 | 17 | 387 |
| Tacna | 21 | 51 | 20 | 4 | 96 |
| Tumbes | 20 | 17 | 14 | 5 | 56 |
| Ucayali | 145 | 46 | 26 | 3 | 220 |
| TOTAL | 4383 | 2504 | 1490 | 346 | 8723 |

FUENTE: RENIPRESS, enero 2020.

Cabe precisar que, del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, el 77,78% presenta capacidad instalada inadecuada expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente, como se muestra Tabla 26.

Tabla 26. Indicador Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada

| DEPARTAMENTO | E.S CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA | TOTAL DE E.S DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN | INDICADOR |
|---------------|--|---|-----------|
| Amazonas | 402 | 490 | 82% |
| Ancash | 373 | 420 | 89% |
| Apurímac | 275 | 394 | 70% |
| Arequipa | 233 | 292 | 80% |
| Ayacucho | 305 | 412 | 74% |
| Cajamarca | 605 | 870 | 70% |
| Callao | 41 | 84 | 49% |
| Cusco | 288 | 374 | 77% |
| Huancavelica | 274 | 414 | 66% |
| Huánuco | 231 | 335 | 69% |
| Ica | 132 | 163 | 81% |
| Junín | 453 | 530 | 85% |
| La Libertad | 228 | 331 | 69% |
| Lambayeque | 157 | 199 | 79% |
| Lima | 641 | 838 | 76% |
| Loreto | 352 | 456 | 77% |
| Madre De Dios | 90 | 99 | 91% |
| Moquegua | 56 | 68 | 82% |
| Pasco | 233 | 269 | 87% |
| Piura | 377 | 442 | 85% |
| Puno | 408 | 484 | 84% |
| San Martín | 334 | 387 | 86% |
| Tacna | 71 | 96 | 74% |

| DEPARTAMENTO | E.S CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA | TOTAL DE E.S DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN | INDICADOR |
|--------------|--|---|------------|
| Tumbes | 38 | 56 | 68% |
| Ucayali | 188 | 220 | 85% |
| TOTAL | 6785 | 8723 | 78% |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS enero 2020.

En el caso de EsSalud, se han identificado 242 establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada (Tabla 27), lo cual representa el 84% del total de estos establecimientos de salud, siendo las Redes de Junín, La Libertad y Piura las que cuentan con mayor cantidad de centros asistenciales inadecuados.

Tabla 27. EsSalud: Establecimientos de Salud Inadecuados del I Nivel por Redes, Según Plan Director de Inversiones 2016 – 2025.

| RED ASISTENCIAL | EE.SS. DE NIVEL I INADECUADOS |
|-----------------|-------------------------------|
| Almenara | 11 |
| Amazonas | 05 |
| Ancash | 11 |
| Apurímac | 06 |
| Arequipa | 12 |
| Ayacucho | 08 |
| Cajamarca | 11 |
| Cusco | 11 |
| Huancavelica | 05 |
| Huánuco | 10 |
| Huaraz | 05 |
| Ica | 11 |
| Juliaca | 11 |
| Junín | 18 |
| La Libertad | 15 |
| Lambayeque | 11 |
| Loreto | 04 |
| Madre de Dios | 02 |
| Moquegua | 01 |
| Moyobamba | 02 |
| Pasco | 09 |
| Piura | 13 |
| Puno | 07 |
| Rebagliati | 12 |
| Sabogal | 12 |
| Tarapoto | 03 |
| Tacna | 07 |
| Tumbes | 03 |
| Ucayali | 06 |
| Total : | 242 |

Fuente: EsSalud, Plan Director de Inversiones 2016 – 2025 de las Redes Asistenciales

b) Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada.

Al mes de enero de 2020, en el Registro Nacional de IPRESS se contabiliza 243 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, de los cuales 137 son de categoría II-1, 49 son de categoría II-2, 20 de categoría II-E, 31 de categoría III-1 y 5 de categoría III-E (Tabla 28).

Los hospitales son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria mediante servicios especializados; que reciben las referencias de los establecimientos de salud de primer nivel de atención de su ámbito de competencia.



Tabla 28. Hospitales del segundo y tercer nivel de atención

| DEPARTAMENTO | CATEGORÍAS | | | | | TOTAL |
|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | II-1 | II-2 | II-E | III-1 | III-E | |
| Amazonas | 6 | 1 | | | | 7 |
| Ancash | 9 | 3 | | | | 12 |
| Apurímac | 3 | 3 | | | | 6 |
| Arequipa | 6 | | 2 | 3 | | 11 |
| Ayacucho | 7 | 1 | 2 | | | 10 |
| Cajamarca | 8 | 2 | 1 | | | 11 |
| Callao | 1 | 2 | 1 | 3 | | 7 |
| Cusco | 5 | | 2 | 3 | | 10 |
| Huancavelica | 4 | 1 | | | | 5 |
| Huánuco | 2 | 2 | 1 | | | 5 |
| Ica | 7 | 2 | | | | 9 |
| Junín | 7 | 2 | | 1 | 2 | 12 |
| La Libertad | 22 | 1 | 1 | 3 | 1 | 28 |
| Lambayeque | 3 | 1 | | 2 | | 6 |
| Lima | 14 | 12 | 4 | 13 | 3 | 46 |
| Loreto | 4 | 1 | | 2 | | 7 |
| Madre De Dios | 2 | | | | | 2 |
| Moquegua | 3 | 1 | | | | 4 |
| Pasco | 4 | 1 | 1 | | | 6 |
| Piura | 3 | 2 | | 1 | | 6 |
| Puno | 10 | 4 | 1 | | | 15 |
| San Martín | 5 | 1 | 4 | | | 10 |
| Tacna | | 2 | | | | 2 |
| Tumbes | 2 | 1 | | | | 3 |
| Ucayali | | 3 | | | | 3 |
| TOTAL | 137 | 49 | 20 | 31 | 6 | 243 |

FUENTE: RENIPRESS, febrero 2019.

En promedio, el 51% de hospitales del Sector Salud (Tabla 29) presenta brecha de infraestructura que no permite que las prestaciones de servicios de salud se realicen en óptimas condiciones. Los departamentos con indicadores de brecha más altos son Ancash (83%), Lima (76%), Tumbes (67%); Ucayali (67%); Apurímac (67%), Ayacucho (60%); Huancavelica (60%); Junín (60%); Puno (60%) y Cusco (50%).

Tabla 29. Indicador Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada

| DEPARTAMENTO | HOSPITALES CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA | TOTAL DE HOSPITALES | INDICADOR |
|---------------|---|---------------------|-----------|
| Amazonas | 2 | 7 | 29% |
| Ancash | 10 | 12 | 83% |
| Apurímac | 4 | 6 | 67% |
| Arequipa | 4 | 11 | 36% |
| Ayacucho | 6 | 10 | 60% |
| Cajamarca | 4 | 11 | 36% |
| Callao | 3 | 7 | 43% |
| Cusco | 5 | 10 | 50% |
| Huancavelica | 3 | 5 | 60% |
| Huánuco | 0 | 5 | 0% |
| Ica | 0 | 9 | 0% |
| Junín | 7 | 12 | 58% |
| La Libertad | 15 | 28 | 54% |
| Lambayeque | 2 | 6 | 33% |
| Lima | 35 | 46 | 76% |
| Loreto | 3 | 7 | 43% |
| Madre De Dios | 1 | 2 | 50% |
| Moquegua | 0 | 4 | 0% |
| Pasco | 2 | 6 | 33% |
| Piura | 2 | 6 | 33% |
| Puno | 9 | 15 | 60% |



| DEPARTAMENTO | HOSPITALES CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA | TOTAL DE HOSPITALES | INDICADOR |
|--------------|---|---------------------|------------|
| San Martín | 3 | 10 | 30% |
| Tacna | 0 | 2 | 0% |
| Tumbes | 2 | 3 | 67% |
| Ucayali | 2 | 3 | 67% |
| TOTAL | 124 | 243 | 51% |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS enero 2020

EsSalud cuenta con un total de 73 centros hospitalarios con capacidad instalada inadecuada en el segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional (Tabla 30), siendo las Redes de Almenara, Arequipa, Cusco, Ica, La Libertad, Lambayeque, Piura y Rebagliati, las que presentan mayores Establecimientos de salud Inadecuados.

Tabla 30. EsSalud: Establecimientos de Salud Inadecuados del II y III Nivel, según Redes Asistenciales – Febrero 2019

| RED ASISTENCIAL | EE.SS. INADECUADOS | |
|-----------------|--------------------|-----------|
| | II NIVEL | III NIVEL |
| Almenara | 05 | 1 |
| Amazonas | 02 | |
| Ancash | 01 | |
| Apurímac | 01 | |
| Arequipa | 04 | 1 |
| Ayacucho | 01 | |
| Cajamarca | 01 | |
| Cusco | 04 | 1 |
| Huancavelica | 01 | |
| Huánuco | 02 | |
| Huaraz | 01 | |
| Ica | 04 | |
| Juliaca | 01 | |
| Junín | 03 | 1 |
| La Libertad | 07 | 1 |
| Lambayeque | 04 | 1 |
| Loreto | 01 | |
| Madre de Dios | 01 | |
| Moquegua | 01 | |
| Moyobamba | 01 | |
| Pasco | 01 | |
| Piura | 05 | |
| Puno | 02 | |
| Rebagliati | 04 | 1 |
| Sabogal | 03 | 1 |
| Tarapoto | 01 | |
| Tacna | 01 | |
| Tumbes | 01 | |
| Ucayali | 01 | |
| Total | 65 | 8 |

Fuente: EsSalud, Plan Director de Inversiones 2016 – 2025 de Redes Asistenciales

c) Porcentaje de nuevos establecimientos de salud requeridos del primer nivel de atención y porcentaje de hospitales nuevos requeridos.

De los 281 establecimientos de salud del primer nivel de atención que se requieren para cubrir las crecientes necesidades de la población a nivel nacional, 52 corresponden a establecimientos del MINSA y el resto a EsSalud. Asimismo, del total de nuevos hospitales a nivel nacional, 66 son requeridos por la gestión del MINSA.

Aunque no se dispone de datos suficientes para realizar estimaciones, a nivel departamental o provincial, de la cantidad de nuevos establecimientos de salud requeridos por departamento, provincia o distrito a

cargo del MINSA, se presume que en muchas circunscripciones en el nivel local o regional, el planeamiento de inversiones permitirá determinar, de acuerdo a la realidad epidemiológica, si se requiere o no la creación de nueva oferta de servicios de salud o si resulta más conveniente fortalecer los establecimientos de salud existentes.

Según lo previsto en el Plan Director de Inversiones 2016-2025 de las 29 Redes Asistenciales de EsSalud, el déficit de cobertura en el primer nivel de atención para atender las necesidades de salud de la población asegurada a nivel nacional es de 229 establecimientos de salud.

La cobertura de atención en el nivel hospitalario para satisfacer las necesidades de salud de la población asegurada tiene un déficit de 56,21% como se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31. Indicadores: Porcentaje de Establecimientos de Salud requeridos

| INDICADOR | VALOR AÑO 2020 |
|---|----------------|
| Porcentaje de nuevos establecimientos de salud requeridos del primer nivel de atención | 20.74% |
| Nuevos establecimientos de salud requeridos del primer nivel de atención | 281 |
| Cantidad óptima de establecimientos de salud del primer nivel de atención | 1355 |
| Porcentaje de Nuevos Hospitales Requeridos | 56.21% |
| Cantidad de nuevos hospitales requeridos | 172 |
| Cantidad óptima de hospitales | 303 |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS enero 2020, EsSalud

d) Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad Instalada Inadecuada

El indicador permite conocer la proporción de institutos especializados con infraestructura y equipamiento no acordes a los estándares sectoriales establecidos, como en la NTS N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención", incluyendo la gestión del riesgo.

Al mes de enero de 2020, se contabiliza 15 institutos especializados, de los cuales 13 son de categoría III-2; 1 de categoría III-E y 1 no cuenta con categoría (Tabla 32).

Tabla 32. Institutos de salud especializados a nivel nacional

| Institución | Nombre del establecimiento | Departamento | Categoría |
|-------------------|--|--------------|---------------|
| ESSALUD | Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen | LIMA | III-2 |
| ESSALUD | INCOR | LIMA | III-E |
| MINSA | INO DR. Francisco Contreras C. | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional de Salud del Niño | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional de Salud Niño San Borja | LIMA | III-2 |
| MINSA | Instituto Nacional Materno Perinatal | LIMA | III-2 |
| ESSALUD | Instituto Peruano de Oftalmología | PIURA | Sin Categoría |
| Gobierno Regional | Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas | AREQUIPA | III-2 |
| Gobierno Regional | Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Luis Pinillos Ganoza - IREN | LA LIBERTAD | III-2 |
| Gobierno Regional | IRO | LA LIBERTAD | III-2 |
| Gobierno Regional | IREN CENTRO | JUNIN | III-2 |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS febrero 2019

En el caso del Indicador de Brecha “porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada”, se identificó que el 60% de dichos establecimientos prestan servicios de manera limitada, ya que el 40% restante tuvo inversiones en los últimos años, como por ejemplo el INCOR, Instituto Nacional de Salud Niño San Borja, IREN Centro, entre otros.

Tabla 33. Indicador Porcentaje de Institutos Nacionales Inadecuados

| INDICADOR | VALOR AÑO 2020 |
|---|-------------------|
| Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada | 60.00% |
| Establecimientos de Salud Inadecuados | 9 |
| Total de Establecimientos de Salud | 15 |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS enero 2020, EsSalud

e) Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. Tiene como mandato proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científico-tecnológica y brindar servicios de salud en diferentes campos para lo cual está conformado por los siguientes centros nacionales:

- Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Medio Ambiente para la Salud (CENSOPAS)
- Centro Nacional de Salud Pública (CNSP)
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CNAN)
- Centro Nacional de Productos Biológicos (CNPB)
- Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI)
- Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC)

Cada uno de estos centros nacionales incorpora dentro de su estructura funcional diversos laboratorios nacionales teniendo como misión la promoción, desarrollo y difusión de la investigación científico-tecnológica y la prestación de servicios de salud en los campos de la salud pública, el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la alimentación y nutrición, la producción de biológicos, el control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, la salud ocupacional y protección del ambiente centrado en la salud de las personas y la salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. En el caso del Indicador de Brecha antes citado, se identificó que 39 de ellos se encuentran realizando el servicio de manera limitada, lo cual representa el 95.12% del total de Laboratorios del INS que tiene a su cargo.

Tabla 34. Indicador Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS) con capacidad instalada inadecuada

| INDICADOR | VALOR AÑO 2020 |
|---|-------------------|
| Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada | 95.12% |
| Laboratorios Inadecuados | 39 |
| Total de Laboratorios de Salud | 41 |

FUENTE: OPMI MINSA.

f) Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada

El indicador permite conocer la proporción de laboratorios de salud pública en las regiones con infraestructura, equipamiento y procesos no acordes a los estándares sectoriales nacionales establecidos, además incluye la gestión de riesgo.

Actualmente, la red nacional de laboratorios de salud pública está conformada por un laboratorio de referencia nacional (INS) que es la cabeza de la red y 23 laboratorios de referencia regional y 05 laboratorios de referencia de salud pública.

El Indicador de Brecha Porcentaje de Laboratorios Regionales de Salud Pública con capacidad instalada inadecuada, tiene un valor de 80% para el año 2019, ya que casi todos los laboratorios de salud pública regionales no se encuentran en óptimas condiciones respecto a la infraestructura y equipamiento especializado para brindar servicios adecuados.

Tabla 35. Laboratorios de Referencia Regional

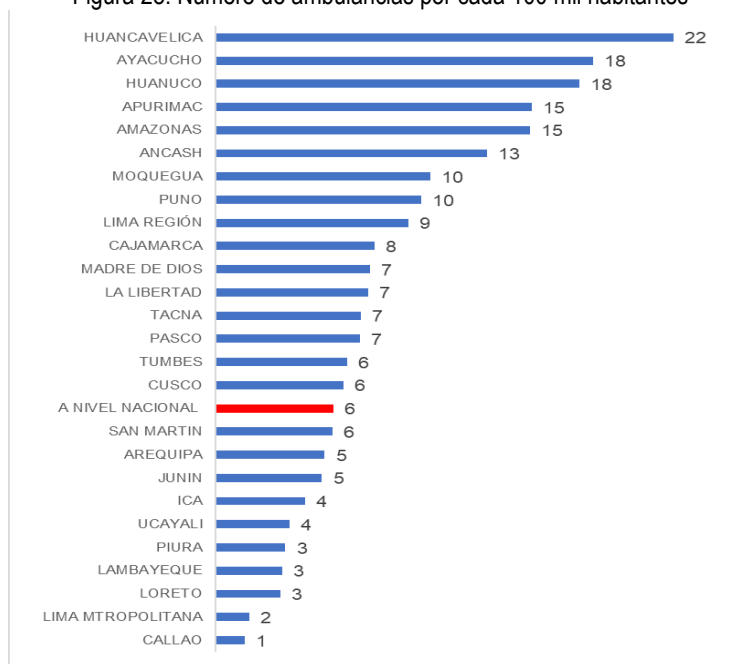
| DEPARTAMENTO | CÓDIGO ÚNICO | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO |
|---------------|--------------|--|
| Amazonas | 14477 | Laboratorio de Referencia Regional en Salud Pública Bagua |
| Amazonas | 14153 | Laboratorio Referencial Regional de Salud Pública Amazonas |
| Ancash | 14022 | Laboratorio de Referencia Regional Ancash |
| Arequipa | 14049 | Laboratorio Referencial Regional Arequipa |
| Ayacucho | 14050 | Laboratorio de Referencia Regional en Salud Pública Ayacucho |
| Cajamarca | 10460 | Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública |
| Callao | 13972 | Dirección de Laboratorio de Salud Pública - DIRESA Callao |
| Huancavelica | 14014 | Laboratorio Referencial de Salud Pública |
| Huánuco | 14051 | Laboratorio Regional |
| Ica | 14150 | Laboratorio de Referencia Regional de Ica |
| Junín | 10952 | Laboratorio de Referencia Regional Junín |
| La Libertad | 10249 | Laboratorio Referencial |
| Lambayeque | 11875 | Laboratorio de Referencia Regional en Salud Pública |
| Lima | 13996 | Laboratorio de Referencia Regional en Salud Pública |
| Loreto | 14090 | Laboratorio de Salud Pública |
| Madre De Dios | 14807 | Laboratorio Referencial Regional de la Dirección Regional de Salud Madre De Dios |
| Moquegua | 14734 | Laboratorio Regional de Salud Pública -Moquegua |
| Piura | 10422 | Laboratorio Referencial de Salud Luciano Castillo Colonna |
| Puno | 14257 | Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública |
| San Martín | 14094 | Laboratorio Referencial Regional de Salud Pública y Entomología Médica |
| Tacna | 13778 | Laboratorio de Salud Pública |
| Tumbes | 13886 | Laboratorio Referencial de Salud Pública |
| Ucayali | 14314 | Laboratorio de Referencia Regional en Salud Pública Ucayali |

FUENTE: OPMI MINSa, RENIPRESS enero 2020

A pesar que en las últimas décadas, se ha incrementado la cantidad de establecimientos, aún existe un déficit de infraestructura y equipamiento, hospitales y establecimientos del primer nivel de atención para atender la demanda creciente y para satisfacer la necesidad de servicios cada vez más complejos que se requiere para la población de un país, donde coexisten enfermedades no transmisibles con tasas similares a las de los países de renta media y alta, con problemas sanitarios de países con menores ingresos económicos.

A nivel nacional, de acuerdo con la información reportada por la Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM), se cuenta con un total de 2,179 ambulancias a nivel nacional de los cuales 1,859 ambulancias se encuentran operativas. Del total de ambulancias operativas registradas, sólo el 36% se encuentran en buen estado, seguido del 41% en estado regular, el 21% en condiciones no óptimas, y el 2% corresponden a nuevas ambulancias.

El mayor número de ambulancias se concentra en Lima Metropolitana, (157 ambulancias), seguido de la región de Ancash (155 ambulancias), La Libertad (149), Huánuco (134), Puno (123), Ayacucho (122) y Cajamarca (112). Se estimó a nivel nacional que por cada 100 mil habitantes se cuenta con 6 ambulancias. En la Figura 28 se observa que 16 regiones superan el promedio nacional. La región que cuenta con el mayor número de ambulancias por cada 100 mil habitantes es Huancavelica (22), seguido de Ayacucho (18) y Huánuco (18). Por debajo del promedio nacional se encuentran 10 regiones, de las cuales Lima Metropolitana y Callao cuentan con la menor ratio que corresponde a 2 y 1 respectivamente.

Figura 28. Número de ambulancias por cada 100 mil habitantes


Fuente: DIEM-DGOS-MINSA, INEI. Datos reportados por DIEM a octubre 2019

Seguridad de los establecimientos de salud frente a emergencias y desastres

En cuanto a la accesibilidad a los servicios y en funcionamiento al máximo de su capacidad y con la misma infraestructura antes, durante y después de sufrir el impacto de emergencias y desastres⁶⁷. La capacidad de funcionamiento continuo del establecimiento depende de una variedad de factores: la seguridad de la edificación, de sus sistemas y equipos esenciales, la disponibilidad de suministros, y en general su capacidad de gestión del riesgo de emergencias y desastres; todo ello con el objetivo de responder a las amenazas y eventos que puedan ocurrir y recuperarse más rápidamente de los efectos generados por estos eventos adversos.

Los sistemas hospitalarios representan una gran inversión, hasta el 70% del presupuesto del Ministerio de Salud. Algunos hospitales están situados en zonas de amenazas naturales o quedan expuestos a amenazas que pueden afectar su seguridad y funcionamiento. Se calcula que cuando un hospital deja de funcionar quedan sin asistencia unas 200.000 personas. La pérdida de los servicios de urgencias durante emergencias y desastres reduce drásticamente la posibilidad de salvar vidas y aminorar otras consecuencias nocivas para la salud.

Las medidas para prevenir la interrupción del funcionamiento de un hospital, que abarcan las líneas vitales, los suministros y la capacidad de gestión de emergencias y desastres con la implementación de áreas de expansión donde se pueda implementar una oferta móvil con infraestructura, equipos, mobiliarios, insumos y demás recursos para garantizar la continuidad de la atención.

El Perú actualizó la política de Hospitales Seguros frente a los Desastres, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2017/MINSA, cuya finalidad es velar porque los establecimientos de salud sigan en funcionamiento en caso de emergencias y desastres. Las emergencias y desastres exigen aumentar la capacidad de tratamiento, de modo que el hospital tiene que estar preparado para utilizar óptimamente sus recursos. El hospital ha de procurar que haya personal capacitado que proporcione un tratamiento de gran calidad, compasivo y equitativo a las víctimas y los supervivientes de emergencias, desastres y otras crisis⁶⁸.

⁶⁷ Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros". Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2018

Se propone como instrumento para la evaluación el Índice de Seguridad Hospitalaria para la evaluación de establecimientos de los diferentes niveles de atención, los principales avances corresponden al Ministerio de Salud y a EsSalud. En el primer nivel de atención se avanzó con la evaluación del 4% (298) de los establecimientos de salud; sin embargo, hay que considerar que un gran número de estos establecimientos de salud son pequeños y son denominados puestos de salud, siendo los más prioritarios los categorizados como I-4 que cuentan con especialidades médicas e internamiento, que en algunos casos están considerados como establecimientos de salud estratégicos. El mayor porcentaje de los hospitales evaluados están en la categoría C (46%), es decir que dejarían de funcionar durante y después de un desastre, para el caso del MINSa este porcentaje sube hasta un 60% y para EsSalud se ubica en el 16%. EsSalud tiene el mayor porcentaje de hospitales (27%) con ISH en la categoría A. Desde el año 2009 que se comenzó la evaluación mediante ISH, algunos establecimientos de salud no han actualizado su ISH, lo cual es necesario debido a que fueron ampliados o mejorados, o han tenido algún tipo de intervención principalmente no estructural y funcional.

Limitado acceso a los Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos en los Servicios de Salud

La débil coordinación entre las diferentes instituciones que brindan servicios de salud y entre los actores del SISMED nacional y regional para articular los procesos y las gestiones, que permita hacer propuestas concertadas y tomar decisiones a fin de mejorar la gestión del suministro y la disponibilidad de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en el país, así como, las dificultades en la ejecución del gasto público en productos farmacéuticos-vacunas y dispositivos médicos, afectan la disponibilidad, dispensación oportuna y completa de la receta prescrita a las y los pacientes, traduciéndose en un mayor gasto en bolsillo o en la interrupción del tratamiento. Asimismo, el desabastecimiento y la discriminación del servicio de salud según tipo de paciente (paciente del SIS o paciente no SIS) a causa de la inadecuada gestión de los procesos del sistema de suministro, aunado a la programación de necesidades de productos de las unidades usuarias, que no necesariamente se reflejan en las asignaciones presupuestales, situación que se agrava debido a la existencia de diferentes fuentes y mecanismos de financiamiento, hace que no se ofrezca el servicio oportuno y total a las y los pacientes. Además, en lo que respecta al abastecimiento de productos farmacéuticos-vacunas y dispositivos médicos, existen proveedores únicos en el mercado farmacéutico que limitan la oferta de productos, por otro lado, es frecuente apreciar el incumplimiento de la normativa de contrataciones públicas y/o la escasa supervisión de la ejecución contractual por parte de las entidades ejecutoras, así como, medicamentos esenciales no disponibles o con limitada o nula oferta en el mercado farmacéutico nacional, hechos que generan problemas en la cadena de suministro de los establecimientos de salud del sector público.

Existe incremento de la automedicación a consecuencia del limitado acceso de la población a los servicios públicos de salud, lo que orienta a considerar a los establecimientos farmacéuticos privados como primera opción para solucionar un problema de salud, aunado a las deficiencias en la infraestructura, equipamiento y en las buenas prácticas de almacenamiento, distribución y transporte, los cuales afectan la calidad de los productos y dispositivos médicos, así como la oportuna distribución de aquellos que han sido adquiridos por las entidades públicas.

Sobre los Medicamentos Esenciales no disponibles en el mercado farmacéutico nacional, se han identificado 90 medicamentos esenciales⁶⁸, de ellos, el 87% no cuentan con Registro Sanitario y el 13% aun cuando cuentan con Registro Sanitario vigente no se vendrían comercializando en el país.

Tabla 36. Disponibilidad de medicamentos esenciales no disponibles del PNUME. 2018

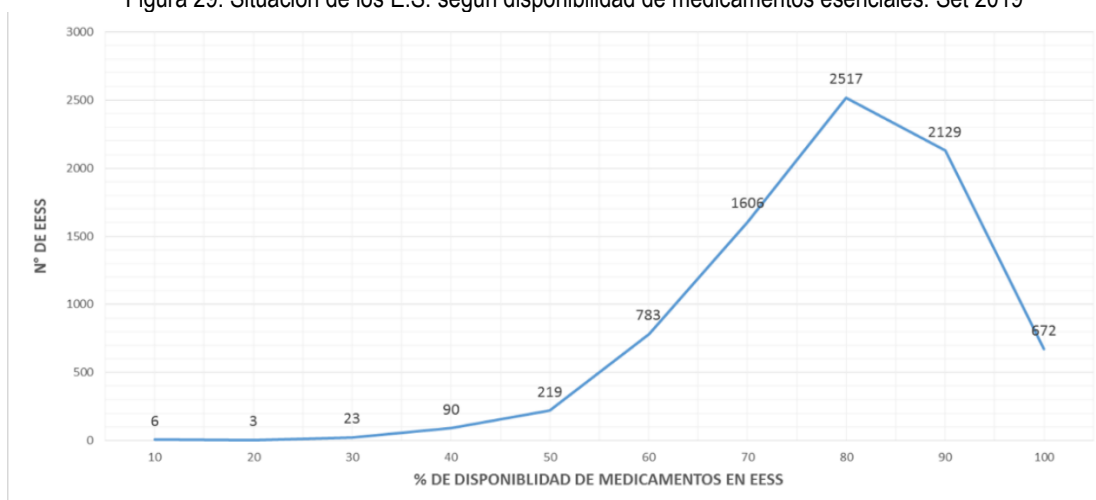
| Descripción | Nº | % |
|--|----|-------|
| Medicamentos Esenciales No disponibles del PNUME – 2018 (742 medicamentos) | 90 | 12.12 |

Fuente: Acceso a Medicamentos. DIGEMID. Marzo del 2019
 Elaboración Propia

⁶⁸ Fuente: Acceso a Medicamentos. DIGEMID. Marzo del 2019 http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/Comunicados/2019/C13_2019-03-27.pdf

Así mismo, sobre la disponibilidad de medicamentos esenciales en los Establecimientos de Salud (E.S.) la Figura 29 muestra que la mayor parte de los E.S. (5318) cuentan con una disponibilidad mayor del 80%.

Figura 29. Situación de los E.S. según disponibilidad de medicamentos esenciales. Set 2019



Fuente: ICI SISMED setiembre-2019 remitido por las DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA.

En los últimos años, la regulación farmacéutica ha sufrido importantes cambios, pasando de un proceso de evaluación basado en un enfoque administrativo a uno técnico que respalda la eficacia, seguridad y calidad de los productos según lo establecido en la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. En ese contexto, realizaron los Lineamientos de Política de Acceso a Productos Biotecnológicos.

Con el fin de garantizar que la población acceda a productos biológicos (vacunas, alérgenos, sueros, plasma, etc.) y biosimilares de mayor calidad y de manera oportuna, expertos de los organismos reguladores de medicamentos de Perú y Corea intercambiaron experiencias sobre el control sanitario de aquellos que ingresen al mercado peruano durante el Taller Conjunto de Biosimilares, expertos de ambas autoridades reguladoras tuvieron la oportunidad de intercambiar experiencias sobre la regulación y buenas prácticas de manufactura de productos biológicos y biosimilares. Todas estas dificultades y barreras contribuyen a generar limitaciones en el acceso a estos importantes recursos terapéuticos para las atenciones de salud, limitando la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

En este contexto, sigue pendiente la coordinación de estrategias conjuntas para la integración de la gestión del suministro de recursos terapéuticos (programación, almacenamiento, gestión de stock, distribución y transporte), y de los sistemas de información, que permita el intercambio de información de inventarios y estadísticas de consumo, que facilite la cooperación interinstitucional.

Limitado uso de las tecnologías sanitarias, de información y de comunicación para los cuidados de salud.

Gobierno Digital y Tecnologías de Información del Sector Salud

Mediante Decreto Legislativo N° 1412 se aprueba la Ley de Gobierno Digital con la finalidad de mejorar la prestación y acceso de servicios digitales en condiciones interoperables, seguras, disponibles, escalables, ágiles, accesibles, y que faciliten la transparencia para el ciudadano y personas en general, por ello delimita los ámbitos del gobierno digital (Figura 30). Asimismo, promover la colaboración entre las entidades de la Administración Pública y la participación de ciudadanos y otros interesados para el desarrollo del gobierno digital y sociedad del conocimiento.

Figura 30. Pilares de la Ley de Gobierno Digital



Ámbitos del Gobierno Digital | Fuente: Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital.

Con Resolución Ministerial N° 119-2018-PCM⁶⁹, se dispone que cada entidad de la Administración Pública debe constituir un Comité de Gobierno Digital el cual tiene asignado entre sus funciones, formular el Plan de Gobierno Digital de la entidad.

Asimismo, según la Resolución de Secretaria de Gobierno Digital N° 005-2018-PCM/SEGDI se aprueban los "Lineamientos para la formulación del Plan de Gobierno Digital" orientado a integrar y mejorar las actividades que las entidades públicas integrantes del Sistema Nacional de Informática, anteriormente, debían desarrollar, tales como el Plan Estratégico de Gobierno Electrónico, Plan Estratégico de Tecnologías de Información y el Plan Operativo Informático.

El Estado viene impulsando la conectividad y el acceso a los servicios de internet a fin de reducir la brecha digital, haciendo uso de tecnologías de banda ancha para incrementar la competitividad en las localidades. En ese contexto, se viene desarrollando importantes proyectos en el marco de la Ley N° 29904, Ley de Promoción de la Banda Ancha y Construcción de la Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica. El propósito de la Ley es impulsar el desarrollo, utilización y masificación de la banda ancha en todo el territorio nacional, tanto en la oferta como en la demanda para este servicio, promoviendo el despliegue de infraestructura, servicios, contenidos, aplicaciones y habilidades digitales como medio para lograr la inclusión social, el desarrollo socioeconómico, la competitividad, la seguridad del país y la transformación organizacional hacia una sociedad de la información y el conocimiento.

Así mismo, para fortalecer los servicios públicos integrados y reducir la carga administrativa de las instituciones estatales en beneficio de las personas y las empresas, el Gobierno aprobó nuevas medidas legislativas para simplificar los trámites administrativos en las entidades del Estado.

Estructura organizacional del Gobierno Digital y de la Gestión de las tecnologías digitales

Para definir la estructura organizacional del Gobierno Digital y la Gestión de las tecnologías digitales en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, nos basaremos en la Norma Técnica Peruana NTP ISO/IEC 38500:2016⁷⁰ y COBIT 5⁷¹ (ver Figura 31) que definen los procesos de gobernanza y gestión para el Gobierno Digital y las tecnologías digitales.

Según el modelo de gobierno de la NTP ISO/IEC 38500:2016, los procesos de gobernanza en la organización son dirigir, evaluar y supervisar el uso actual y futuro de las tecnologías digitales que permitirán alcanzar los objetivos estratégicos de la entidad. Del mismo modo, en el marco de COBIT 5 están comprendidos los procesos de gestión de TI conformados por planificar, construir, ejecutar y supervisar los proyectos, actividades o iniciativas que se propondrán en el Plan de Gobierno Digital - PGD.

⁶⁹ Con Resolución Ministerial N° 087-2019-PCM de fecha 19.03.2019 se modifica los artículos 1 y 2.

⁷⁰ NTP ISO/IEC 38500:2016 "Tecnología de Información. Gobernanza de TI para la organización. 2ª Edición".

⁷¹ COBIT 5 es un marco de trabajo que permite comprender el gobierno y la gestión de las tecnologías de información (TI) de una organización.

Figura 31. Modelo de referencia de procesos de COBIT 5.



La Dirección Ejecutiva de la Oficina General de Tecnologías de Información, es la encargada de planificar, organizar, gestionar y ejecutar los diferentes proyectos de tecnologías, gobierno y transformación digitales del sector salud. El Ministerio de Salud, está en proceso de conformación del comité de Gobierno Digital.

Pilares de Gobierno Digital en Salud

- **Arquitectura Digital:** En proceso de Definir la Arquitectura Digital de todo el Sector Salud, el cual debe estar alineado con las disposiciones sobre Arquitectura Digital establecidas en el Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital y sus normas reglamentarias.
- **Identidad Digital:** En proceso de Definir el diseño de la Arquitectura de la Identidad Digital para el acceso único y universal a las aplicaciones y servicios digitales de salud del sector el cual debe estar alineado con las disposiciones sobre Identidad Digital establecidas en el Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital y sus normas reglamentarias.
- **Seguridad Digital:** *En proceso de definir un* Centro de Operaciones de Seguridad Digital del Sector Salud, despliegue de un Centro de Gestión de Incidentes. De Seguridad Digital del Sector Salud, denominado CSIRT-Salud. El diseño, despliegue e implementación de ambos centros deben estar alineados con las disposiciones sobre Seguridad Digital establecidas en el Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital, Decreto de Urgencia N° 007-2020 y sus normas reglamentarias. El SOC-Salud y el CSIRT-Salud articulan acciones y comunican los incidentes de seguridad digital al Centro Nacional de Seguridad Digital.
- **Ciberseguridad:** Capacidad tecnológica de preservar el adecuado funcionamiento de las redes, activos y sistemas informáticos y protegerlos ante amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Comprende la perspectiva técnica de la Seguridad Digital y es un ámbito del Marco de Seguridad Digital del país.
- **Interoperabilidad:** El sector salud, está exponiendo algunos servicios en la PIDE e implementando plataformas de interoperabilidad e integración de sistemas.
- **Gestión de Datos:** El sector salud, está en proceso de integrar un único sistema de salud, el mismo se está definiendo la gobernanza de datos y en proceso de implementar los Data Center o Centro de Datos del Sector Salud.
- **Servicios Digitales:** El sector salud, está en proceso de desarrollar y priorizar algunos servicios digitales asociados a las y los pacientes y/o asociados y/o entidades que requieran sus atenciones o trámites digitales con entidades del sector.

Con relación al cumplimiento de Regulación Digital, se encuentra en proceso el cumplimiento de los mandatos legislativos asociados a simplificación administrativa, interoperabilidad, firmas digitales, gestión documental, gestión de tecnologías digitales entre otros temas relevantes asociados al Gobierno digital.

Recursos Tecnológicos

• Infraestructura

- El Ministerio de Salud, en su Sede Central cuenta con un Centro de Datos, que tiene una antigüedad de 18 años.
- El Centro de Datos cuenta con aires acondicionados de confort que no son los apropiados en cuanto a control de la temperatura y humedad, poniendo en riesgo la operatividad y la vida útil de los equipos de cómputo.

- El Centro de Datos no cumple con los estándares internacionales en cuanto a diseño, construcción y seguridad física. Por ser un edificio histórico no se puede hacer las remodelaciones necesarias en el mismo ambiente.
- No cuenta con una solución integral de seguridad que permita asegurar la información crítica de la sede central del MINSA, así como sus dependencias (Redes, Hospitales, Institutos especializados, entre otros).

- **Tecnología**

- Tecnología – Hardware: El ministerio de salud y sector se encuentra constantemente en renovación su parque informático de servidores, estaciones de trabajo y laptop en procesos de renovación tecnológica.
- Tecnología – Software: El ministerio de salud y sector se encuentra constantemente en renovación y actualización del Software y Licencias para garantizar la operatividad y funcionamiento de los Sistemas de Información.
- Tecnología – Redes: El ministerio de salud y sector se encuentra constantemente en renovación y actualización tecnológica de las redes y comunicaciones del equipamiento a fin de garantizar la conectividad a nivel institucional. A nivel de conectividad interinstitucional, aún el proceso está pendiente de despliegue e implementación.

- **Datos:** El Ministerio de Salud y el sector está en proceso de gestionar los datos y definir la gobernanza y arquitectura de datos.

- **Aplicaciones:** El Ministerio de Salud ha desplegado más de 300 aplicativos, faltando definir la integración, unificación de los sistemas de información. Además, está en proceso de implementación la Historia Clínica Electrónica como sistema fundamental para gestionar, medir y controlar la toma de decisiones del sector salud.

- **Personas:** El personal de Tecnologías de Información, está en proceso de capacitación y desarrollando sus competencias digitales en planes de fortalecimiento de capacidades.

Los sistemas de información en salud cumplen un rol clave en permitir que la información en salud de calidad y completa esté disponible de manera oportuna para la toma de decisiones operativas y estratégicas que permitan salvar vidas y mejorar la salud y calidad de vida de la población.⁷²

El sistema de información en salud del Perú está fragmentado en diferentes subsistemas y prestadores de servicios de salud, lo cual dificulta los análisis comprensivos del desempeño del sistema de salud o de sus intervenciones, entre otras razones, por la debilidad en la gobernanza y coordinación efectiva entre los diferentes actores del sistema.

A fin de contrarrestar estas deficiencias, el MINSA en conjunto con otras instituciones ha desarrollado herramientas para mejorar la cobertura y calidad de los datos sanitarios, como el Registro de Nacido Vivo en Línea, el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), el Sistema Electrónico de Transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS (SETI IPRESS), el Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS), el HISMINSa en web, el Sistema de Suministro de Medicamentos e Insumos Médicos (SISMED), el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (e-Qhali) y otros.

Así mismo, el MINSA ha elaborado normas y directivas destinadas a la implementación de sistemas de información en el sector salud, cuyo marco conceptual se cimienta en componentes fundamentales como infraestructura, procesos de planeamiento, ejecución, monitoreo y evaluación, y se sostiene fundamentalmente por recursos humanos capacitados y por gobernanza, rectoría, financiamiento, inversiones y políticas públicas de gobierno.

Paralelo al desarrollo de la normatividad, diversas instituciones públicas y privadas han desarrollado proyectos de Telesalud en áreas como telemedicina, e-learning, estandarización e interoperabilidad y

⁷² <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/20.pdf>

sistemas de información, varios de las cuales no lograron escalar por falta de continuidad del financiamiento o debilidad en la conducción gubernamental. Para tal efecto, desde el MINSA, es necesario impulsar una gestión de salud que lleve a una mayor conectividad de los hospitales y centros de salud públicos del país. Para ello, además, se debe promover el desarrollo y correcto uso de sistemas de información para mejorar la gestión hospitalaria, como, por ejemplo, sistemas de citas médicas en línea, interconsultas electrónicas, emisión de recetas médicas electrónicas, organización de la gestión hospitalaria regular y de emergencias, entre otros, centrados en el usuario de salud. Todo ello implicará, entre otros esfuerzos, implementar enfoques de interoperabilidad a las plataformas públicas de salud.⁷³

Existen desafíos que son necesarios considerar para una óptima expansión de este sistema a nivel nacional, como una adecuada infraestructura que incluya apropiada conectividad a internet en los establecimientos de salud y terminales computarizados conectados a una impresora. Además, es necesario garantizar la interoperabilidad para que el sistema de nacimientos en línea se integre con los demás subsistemas y aplicativos del sector salud. Por otro lado, la capacitación de los recursos humanos es fundamental, no solo en temas de ofimática sino también en las áreas de sistemas de información en salud, gestión de conocimiento, gestión de riesgos, y estrategias de gestión del cambio.

El Perú en los últimos años viene fortaleciendo sus sistemas de información en salud, con la finalidad de poder tener información oportuna y de calidad. Dentro de los sistemas de información implementados tenemos el Certificado del Nacido Vivo (CNV) con una cobertura del 92% de los nacimientos registrados en el país; el Sistema Nacional de Defunciones (SINADEF) con el 60%; el Padrón Nominal de menores de 06 años con una cobertura del 100% con respecto a la población estimada por el INEI para el 2019; además se cuenta con un sistema administrativo de información de la consulta externa denominado HIS MINSA que para el mismo año estaba operativo en el 98,2% (8282) de los establecimientos de salud del país, adicional a ello existen sistemas paralelos tales como del Seguro Integral de Salud (SIS), de laboratorio NETLAB a cargo del Instituto Nacional de Salud, del sistema de vigilancia NOTI WEB a cargo del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, el SISMED a cargo de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) como los más importantes.

El Censo 2019 de Servicios Informáticos del MINSA por la Oficina General de Tecnologías de la Información, identificó aproximadamente 300 aplicaciones informáticas en el Ministerio de Salud. Para brindar una atención integral de salud de calidad MINSA reemplazara las Historias Clínicas Manuscritas por las Historias Clínicas Electrónicas (HCE).

En la actualidad no se cuenta con un sistema informático que consolide las historias médicas en las IPRESS públicas a nivel nacional. Sin embargo, se han planteado estrategias para el cumplimiento de los siguientes objetivos que se muestran en la Tabla 37.

Tabla 37. Estrategias por los órganos de línea MINSA

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FASE | DIMENSIÓN | PRODUCTO/ACCIÓN | ACTORES |
|---|---|-----------------------------|----------------------|--|-------------|
| Objetivo 2.- Desplegar a nivel nacional la Historia Clínica Electrónica y la Telesalud | Desplegar los Sistemas de Historia Clínica Electrónica SIHCE. | Fase 1: Fundacional Al 2021 | Gobernanza y gestión | Estrategia de fábricas de software e inventario de aplicaciones corporativas aprobada y en funcionamiento. | OGTI |
| | | | | Modelo de Madurez de Historia Clínica Electrónica implementado | OGTI |
| | | | Infraestructura | NOC y SOC para monitorear el sistema de interoperabilidad implementados. | OGTI |
| | | | | Servicio de soporte a la operación – Mesa de ayuda y equipos de soporte in-situ funcionando. | OGTI |
| | | | Infoestructura | Registro de usuarios y coberturas establecido | SIS, |
| | | | | Registro de proveedores y establecimiento de salud, así como los servicios que prestan desarrollado. | DGAIN, DGOS |
| | | | | Registro de núcleos familiares y comunidades geolocalizadas integrado al registro de cobertura universal desarrollado. | SUSALUD |

⁷³ http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000200019



| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FASE | DIMENSIÓN | PRODUCTO/ACCIÓN | ACTORES |
|--|--|---|---|--|-----------------------------|
| | | | Componentes y sistemas | Servicios de terminología clínica para el HIS implementado. | DGAIN, SUSALUD |
| | | | | Diagnóstico "due diligence" para los sistemas EMR/EHR del MINSA finalizado para las soluciones existentes del MINSA y aquellas que vayan a integrar el portafolio de sistemas a replicar en otros establecimientos de salud. | DGAIN, OGTI |
| | | Fase 2: Construcción y expansión AI 2023 | Componentes y sistemas | Refcon as a service en funcionamiento | DGAIN, DIGTEL |
| | | Fase 3: Consolidación y sostenibilidad AI 2025 | Infraestructura | Plataforma de receta digital nacional en funcionamiento para MINSA, EsSalud y Sanidades públicas. | DIGEMID, ESSALUD, SANIDADES |
| Objetivo 3.- Mejorar la confiabilidad y disponibilidad de la información para su uso en analítica y en la toma de decisión en diferentes niveles. | Fortalecer el Repositorio Único de Información en Salud REUNIS. | Fase 3: Consolidación y sostenibilidad AI 2025 | Gestión del conocimiento y rectoría | Sistemas de bi para la analítica a partir de los datos de salud obtenidos. | DGIESP, CDC |
| | | | Gobernanza y gestión | Estrategia de repositorios de información clínica para estadística, analítica e investigación aprobada. | DGIESP, CDC, INS, UPCH |
| | | | Componentes y sistemas | Sistema de recolección de información para el Registro Nacional de Cáncer. | DGIESP, CDC |
| | | | Gestión del conocimiento y rectoría | Sistema de seguimiento y monitoreo de indicadores y vigilancia sanitaria para los prestadores de salud | DGAIN, DGOS |
| | Diseñar e implementar una política de datos abiertos para el sector. | Fase 1: Fundacional AI 2021 | Gobernanza y gestión | Estrategia de datos abiertos en el sector salud desarrollada | OGTI |
| | Fortalecer la disponibilidad y acceso a los servicios digitales. | Fase 1: Fundacional AI 2021 | Infraestructura | Conectividad de las 3 RIS con los servicios centrales de plataforma | DGAIN, OGTI |
| | | | | Equipamiento y cableado en las 3 RIS | OGTI |
| | | | Infraestructura | Sitio de contingencia para los servicios centrales del MINSA, aseguramiento de la continuidad del negocio | OGTI |
| | | | | Conectividad de las 10 RIS con los servicios centrales de plataforma | OGTI |
| | | | Infraestructura | Equipamiento y cableado en las 10 RIS | OGTI |
| | | | | Certificación de data centers MINSA. | OGTI |
| | Fase 3: Consolidación y sostenibilidad AI 2025 | Infraestructura | Conectividad de las 30 RIS con los servicios centrales de plataforma | OGTI | |
| | | | Equipamiento y cableado en las 30 RIS | OGTI | |
| | Brindar herramientas digitales para la ayuda al equipo de salud en la toma de decisión clínica. | Fase 3: Consolidación y sostenibilidad AI 2025 | Gobernanza y gestión | Estrategia de sistemas de apoyo a la decisión clínica como plataforma de servicios aprobada | OGTI |
| | | | | Estrategia de repositorios de información clínica para estadística, analítica e investigación aprobada. | DGIESP, INS, UPCH |
| | Aumentar en eficiencia el gasto público y calidad de la atención, a partir del análisis de datos oportuno. | Fase 2: Construcción y expansión nacional AI 2023 | Personas y cultura | Portal de indicadores de salud y transparencia de compras. | CENARES |
| Componentes y sistemas | | | Sistema de abastecimiento, cadena de suministro y logística para medicamentos | CENARES | |
| Fase 3: Consolidación y sostenibilidad AI 2025 | | Personas y cultura | OpenData live | OGTI, DGIESP | |

| OBJETIVOS | ESTRATEGIAS | FASE | DIMENSIÓN | PRODUCTO/ACCIÓN | ACTORES |
|-----------|---|---|----------------------|---|---------|
| | Empoderar al paciente mediante la disponibilidad de sus datos de salud. | undacional | Gobernanza y gestión | Estrategia, modelo y requerimientos normativos para acceso y uso de datos por parte del ciudadano | DGIESP |
| | | Fase 2: Construcción y expansión AI 2023 | y cultura | Portal de usuarios para acceso a su HCD | |
| | Fortalecer la seguridad digital en los sistemas de información. | Fase 2: Construcción y expansión nacional AI 2023 | ponentes y sistemas | Hackeos Éticos a 30 soluciones implementados. | OGTI |

Elaborado por OGTI-MINSA.

Según el Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el Sector Salud elaborado por el MINSA (2020), se cuenta con un indicador relacionado a los sistemas de información:

Porcentaje de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente

El presente indicador busca medir la proporción de procesos y/o procedimientos para la administración de datos e información asistencial y administrativa en el ámbito de competencia del Ministerio de Salud que no funcionan adecuadamente para la administración de datos e información.

En la actualidad, los establecimientos de salud disponen de sistemas de información para fines de gestión clínica y administrativa: Sistema de Información Geo Referenciada del MINSA, HIS MINSA, RENIPRESS, Sistema de Información para el registro y base de datos de los certificados de discapacidad, Sistema de Hechos Vitales, Sistema Integrado de Egresos de Emergencia, Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, Sistema informático sanitario para atención de gestantes "Wawared", REFCON (Referencias y contrarreferencias), Defunciones y la Historia Clínica Electrónica. Estos sistemas de información se definen como inadecuados si no cumplen completamente con los siguientes criterios: confidencialidad, integridad, confiabilidad de la información, información externa, transparencia, interoperabilidad y disponibilidad. De estos, al menos 9 no responden adecuadamente a las necesidades de información tanto del personal de salud como de las y los pacientes en general, lo que representa un 75% respecto al total de servicios de información en salud utilizados mayoritariamente.

En la actualidad este sistema se encuentra implementado en 903 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del Ministerio de Salud y de algunas regiones. Es importante tener en cuenta que el país tiene una geografía muy accidentada y limitada cobertura de internet que aún no llega a los 8,331 establecimientos de salud que tiene el Ministerio de Salud⁷⁴, e incluso es deficiente en algunas zonas urbanas de la costa, sierra, y especialmente la selva. Según la ENDES 2018, sólo 33% de la población peruana tiene acceso al internet, sin embargo, el 90,6% accede a la telefonía móvil, por lo cual podemos esperar que este medio de las TIC al ser el de mayor acceso en los hogares sea el que pueda proveer soluciones para complementar la atención de salud⁷⁵.

Otra limitante para el uso masivo de las TIC es el débil rol rector del MINSA que tiene temas por abordar tales como la implementación de los datos estándares en salud en todas las aplicaciones del sector y el intercambio de información entre las diferentes entidades, ⁷⁶así como el desarrollo de aplicaciones que ayuden al autocuidado de las personas.

Sin embargo, se tiene el MINSA utiliza Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), para lograr que los servicios sean más accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive a través de Telesalud, que considera tres ejes de desarrollo: prestación de servicios de salud (Telemedicina), gestión de servicios de salud y servicios de información, educación y comunicación a la población y al personal de salud.

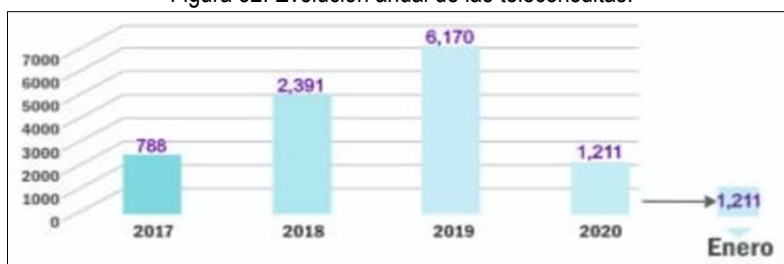
⁷⁴ REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/SIHCE-2019.asp> (Acceso 20 de febrero de 2020)

⁷⁵ INEI. Encuesta Nacional de Hogares 2018

⁷⁶ Ley que fortalece la función rectora del Minsa, Ley N° 30895, promulgada el 29 de diciembre del 2018.

A enero del año 2020, se cuenta con un total de 2,094 IPRESS integradas a la Red Nacional de Telesalud, lo que corresponde el 57% del total de IPRESS que cuentan con condiciones adecuadas para brindar el servicio. Se espera al cierre del presente año cubrir el 60%. Al cierre del año 2019 se realizaron 6,170 teleconsultas, lo que corresponde un 158% de lo reportado en el año 2018. Asimismo, entre junio 2017 a enero de 2020 se realizaron 23,027 telediagnósticos (Figura 32).

Figura 32. Evolución anual de las teleconsultas.



Fuente: DIGTEL – MINSA

Limitado acceso al trasplante de órganos o tejidos en el Perú

Los trasplantes de órganos son un recurso terapéutico probadamente útil, rutinario y confiable, que ha salvado miles de vidas y muestra una relación costo-beneficio muy favorable cuando se compara con otras modalidades terapéuticas para fallas orgánicas terminales.

A febrero de 2020, el país presenta un total de 7473 pacientes que se encuentran esperando un trasplante, la distribución de estos pacientes según el tipo de órgano o tejido a trasplantar es la siguiente: Pacientes para trasplante de córnea (6479); para trasplante de riñón (939); para trasplante de hígado (37); para trasplante de pulmón (13); para trasplante de corazón (4); para trasplante de páncreas-riñón⁷⁷.

Según el "Documento de Consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica"⁷⁸ estimaron que la prevalencia de tener la ERC en pacientes con enfermedades de Hipertensión Arterial (HTA) o Diabetes Mellitus (DM), podía alcanzar cifras del 35-40%; de lo que se infiere que, en nuestro país, un aproximado de 83,198 pacientes podrían devenir en ERC y, gran parte de ellos tener la indicación de trasplante renal. Así mismo, tenemos aproximadamente 940 personas inscritas, lo que refleja el limitado acceso al trasplante renal por parte de la población. Así mismo, aproximadamente 6500 personas tienen la indicación de trasplante de córnea en el país, esta cifra viene incrementándose paulatinamente, y se calcula que aproximadamente 600 personas ingresan anualmente a lista de espera. Por otro lado, anualmente se realizan aproximadamente 500 trasplantes de córneas al año, lo que deja una brecha negativa de trasplante. Por otro lado, en la actualidad tenemos a 800 pacientes en espera para el trasplante de progenitores hematopoyéticos, que corresponden a pacientes pediátricos, adolescentes y las personas adultas. La mortalidad de las y los pacientes en espera del TPH depende de varios factores como la enfermedad del paciente, el tratamiento de la quimioterapia, las infecciones virales, etc. que sería un aprox. entre el 40 al 50%.

Este limitado acceso tiene varias aristas, tales como la donación (cultura para la donación de órganos, aspectos legales, limitada implementación de las unidades de procura para la obtención de órganos, limitada disponibilidad de recurso humano capacitado en procura de órganos, entre otros), servicios de trasplante limitados a algunos departamentos del país, procedimientos de donación y trasplante por estandarizar, entre otros.

Limitado acceso a los bancos de sangre y hemocomponentes en el Perú

⁷⁷ Análisis de Situación de Salud del Perú – 2010.

⁷⁸ Sociedad Española de Nefrología, Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica, Ver: http://www.senefro.org/modules/news/images/v_5.doc_consenso_final_131212_copy1.pdf

Según la OMS es importante donar sangre porque contribuye a salvar vidas y a mejorar la salud, siendo necesarios en las personas con traumatismos graves ocasionados por los siniestros viales que manifiestan hemorragias abundantes⁷⁹, así como en la disminución de la muerte materna por hemorragia, ya que estos deben de contar con stock suficiente para la demanda que presenten respecto a complicaciones o patologías que puedan conllevar a una muerte materna; además de brindar sangre segura, oportuna y de calidad. La mayor prevalencia de enfermedades neoplásicas, enfermedades del aparato circulatorio, entre otras hacen necesario contar con políticas nacionales en materia al fomento de la donación voluntaria de sangre humana.

La tasa de donación de sangre por cada 1000 personas es de 32.6 en los países de ingresos altos; 15.1 en los de ingresos medios altos; 8.1 en los de ingresos medios bajos y 4.4 en los de ingresos bajos. En el Perú, la tasa de donación de sangre por cada 1000 personas es de 12.7 según la Dirección de Bancos de Sangre y Hemoterapia del Ministerio de Salud. Entre los años 2008 y 2015 se registró un aumento de 11,6 millones de unidades de sangre por donantes voluntarios no remunerados, de los cuales el Perú registró 82 383 unidades de sangre por donantes voluntarios lo que equivale al 0,7% mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 78 países la donación voluntaria significó más del 90% de unidades de sangre suministradas. Asimismo, en 58 países más del 50% de unidades de sangre fueron suministradas por familiares, allegados o donantes remunerados, mientras que en el Perú este porcentaje llega a ser del 87,7 %.

La OMS recomienda que cada país cuente con una organización de red de suministro integrada para la coordinación de actividades relacionadas con la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento, y distribución de sangre a nivel nacional. Actualmente, el Perú tiene un sistema descentralizado de Banco de Sangre, lo que impide el abastecimiento eficiente y oportuno de las unidades de sangre en los lugares que se requiere, además de tener una brecha de 239 767 de donantes de sangre, impidiendo la universalización de la sangre. Asimismo, la OMS recomienda que el sistema nacional de transfusiones de cada país debería estar regido por políticas y marcos legislativos nacionales en materia a transfusión de sangre. En nuestro país contamos con el marco legislativo pertinente (Ley N°26454 Ley que Declara de Orden Público e Interés Nacional la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana) sin embargo no se cuenta con políticas nacionales en relación con transfusión de sangre.

Por otro lado, los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre (CHBS) de las regiones tienen problemas de infraestructura, recursos humanos y abastecimiento de sangre segura, oportuna y de calidad; en especial los CHBS fuera de Lima Metropolitana.

2.2 Limitada posibilidad del uso a los bienes y servicios de salud integrales debido a barreras (geográficas, culturales, económicas y brechas de género)

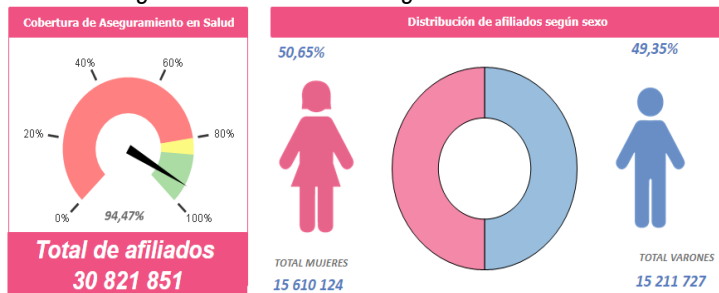
El hecho de ofrecer un servicio no garantiza realmente, que las personas puedan hacer uso de él. En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan factores como la distancia, los horarios de atención, así como las dotaciones, lengua materna del usuario, características culturales de la zona donde se ubican u ofrecen los servicios de salud, y cualidades individuales para demandar servicios.

De las IAFAS

En el marco de la Ley N° 29344 - LMAUS y el Decreto de Urgencia N° 017-2019, al 19 de junio del 2020 existen 30, 821,851 millones de asegurados, la Figura 33 muestra que el 94.04% de la población cuenta con un seguro de salud, es decir con cobertura poblacional de Aseguramiento Universal en Salud en el País.



Figura 33. Afiliados de aseguramiento en salud



Fuente: Registro nominal de afiliados de SUSALUD, al 19/09/2020

Se cuenta con un Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud, que contiene información nominal de todas las personas que cuentan con algún seguro de salud; en base a la información reportada por las IAFAS públicas, privadas o mixtas a nivel país (Tabla 38).

Tabla 38. Afiliados según IAFASs

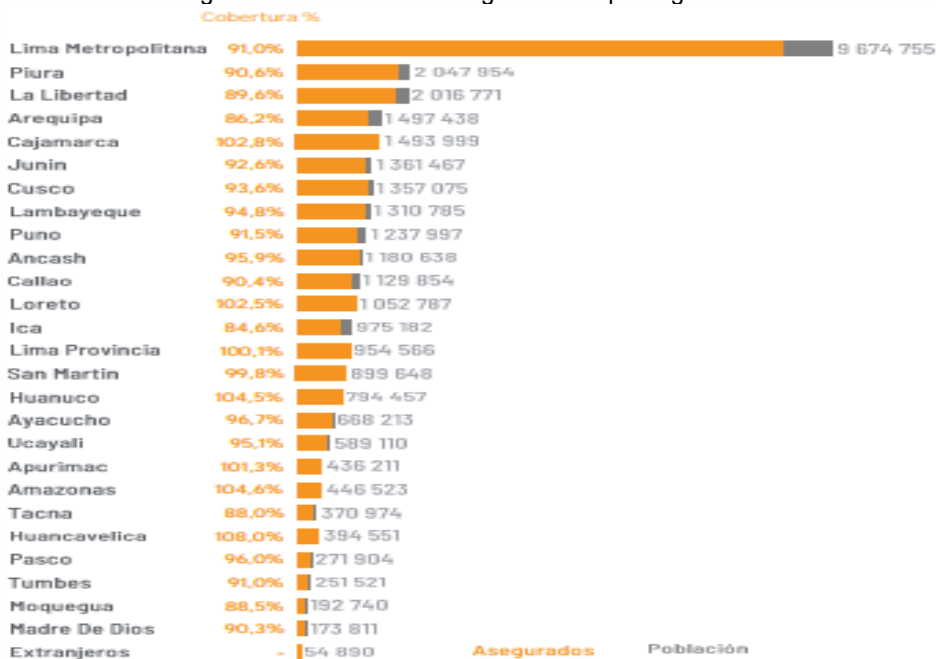
| Tipo IAFAS | Afiliados |
|---------------------|-----------------|
| SIS | 20359839 |
| ESSALUD | 10069501 |
| FFAA y PNP | 627098 |
| EPS | 3104917 |
| Prepagas | 986940 |
| Autoseguros | 84353 |
| Empresas de Seguros | 1193214 |
| Otras | 43418 |
| TOTAL | 36469280 |

Elaboración propia.

Fuente: Registro de afiliados de SUSALUD al 19/06/2020.

Así mismo, se muestra en la Figura 34 la cobertura de aseguramiento por regiones, donde se incluye población peruana y extranjera que se encuentra dentro del territorio peruano.

Figura 34. Cobertura de aseguramiento por regiones



Fuentes: Registro de Afiliados al AUS - SUSALUD
Datos de población proyectada al año 2020, en base al Censo 2017 - INEI

La información en el Registro de Afiliados al AUS, se encuentra desagregada a nivel nacional, regional, provincial y distrital como se muestra en la Figura 35 del aplicativo del RENIPRESS. Así mismo, SUSALUD cuenta con información de la población asegurada por regiones.

Figura 35. Aplicativo del RENIPRESS

Año
Mes
Región

| Reportes de afiliados a nivel Nacional | | | Reportes de afiliados a nivel Regional | | | | Reportes de afiliados a nivel Distrito | | |
|--|-----|---|--|------|-----|---|--|-----|---|
| Año | Mes | Reportes | Región | Año | Mes | Reportes | Año | Mes | Reportes |
| 2020 | 5 | Clic para reporte de 202005 | Huánuco | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Huánuco al 201912 | 2018 | 12 | Clic para reporte de 201812 |
| 2020 | 4 | Clic para reporte de 202004 | Ica | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Ica al 201912 | 2019 | 12 | Clic para reporte de 201912 |
| 2020 | 3 | Clic para reporte de 202003 | Junín | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Junín al 201912 | 2018 | 11 | Clic para reporte de 201811 |
| 2020 | 2 | Clic para reporte de 202002 | La Libertad | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de La Libertad al 201912 | 2019 | 11 | Clic para reporte de 201911 |
| 2020 | 1 | Clic para reporte de 202001 | Lambayeque | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Lambayeque al 201912 | 2018 | 10 | Clic para reporte de 201810 |
| 2019 | 12 | Clic para reporte de 201912 | Lima | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Lima al 201912 | 2019 | 10 | Clic para reporte de 201910 |
| 2019 | 11 | Clic para reporte de 201911 | Loreto | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Loreto al 201912 | 2018 | 9 | Clic para reporte de 201809 |
| 2019 | 10 | Clic para reporte de 201910 | Madre de Dios | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Madre de Dios al 201912 | 2019 | 9 | Clic para reporte de 201909 |
| 2019 | 9 | Clic para reporte de 201909 | Moquegua | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Moquegua al 201912 | 2018 | 8 | Clic para reporte de 201808 |
| 2019 | 8 | Clic para reporte de 201908 | Pasco | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Pasco al 201912 | 2019 | 8 | Clic para reporte de 201908 |
| 2019 | 7 | Clic para reporte de 201907 | Piura | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Piura al 201912 | 2018 | 7 | Clic para reporte de 201807 |
| 2019 | 6 | Clic para reporte de 201906 | Puno | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Puno al 201912 | 2019 | 7 | Clic para reporte de 201907 |
| 2019 | 5 | Clic para reporte de 201905 | San Martín | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de San Martín al 201912 | 2018 | 6 | Clic para reporte de 201806 |
| 2019 | 4 | Clic para reporte de 201904 | Tacna | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Tacna al 201912 | 2019 | 6 | Clic para reporte de 201906 |
| 2019 | 3 | Clic para reporte de 201903 | Tumbes | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Tumbes al 201912 | 2018 | 5 | Clic para reporte de 201805 |
| 2019 | 2 | Clic para reporte de 201902 | Ucayali | 2019 | 12 | Clic para ver el reporte de Ucayali al 201912 | 2019 | 5 | Clic para reporte de 201905 |
| 2019 | 1 | Clic para reporte de 201901 | Amazonas | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Amazonas al 201812 | 2020 | 5 | Clic para reporte de 202005 |
| 2018 | 12 | Clic para reporte de 201812 | Ancash | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Ancash al 201812 | 2018 | 4 | Clic para reporte de 201804 |
| 2018 | 11 | Clic para reporte de 201811 | Apurímac | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Apurímac al 201812 | 2019 | 4 | Clic para reporte de 201904 |
| 2018 | 10 | Clic para reporte de 201810 | Arequipa | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Arequipa al 201812 | 2020 | 4 | Clic para reporte de 202004 |
| 2018 | 9 | Clic para reporte de 201809 | Avacucho | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Avacucho al 201812 | 2018 | 3 | Clic para reporte de 201803 |
| 2018 | 8 | Clic para reporte de 201808 | Cajamarca | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Cajamarca al 201812 | 2019 | 3 | Clic para reporte de 201903 |
| 2018 | 7 | Clic para reporte de 201807 | Callao | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Callao al 201812 | 2020 | 3 | Clic para reporte de 202003 |
| 2018 | 6 | Clic para reporte de 201806 | Cusco | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Cusco al 201812 | 2018 | 2 | Clic para reporte de 201802 |
| 2018 | 5 | Clic para reporte de 201805 | Huancavelica | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Huancavelica al 201812 | 2019 | 2 | Clic para reporte de 201902 |
| 2018 | 4 | Clic para reporte de 201804 | Huánuco | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Huánuco al 201812 | 2020 | 2 | Clic para reporte de 202002 |
| 2018 | 3 | Clic para reporte de 201803 | Ica | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Ica al 201812 | 2018 | 1 | Clic para reporte de 201801 |
| 2018 | 2 | Clic para reporte de 201802 | Junín | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Junín al 201812 | 2019 | 1 | Clic para reporte de 201901 |
| 2018 | 1 | Clic para reporte de 201801 | La Libertad | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de La Libertad al 201812 | 2020 | 1 | Clic para reporte de 202001 |
| 2017 | 12 | Clic para reporte de 201712 | Lambayeque | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Lambayeque al 201812 | | | |
| 2017 | 11 | Clic para reporte de 201711 | Lima | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Lima al 201812 | | | |
| 2017 | 10 | Clic para reporte de 201710 | Loreto | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Loreto al 201812 | | | |
| 2017 | 9 | Clic para reporte de 201709 | Madre de Dios | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Madre de Dios al 201812 | | | |
| 2017 | 8 | Clic para reporte de 201708 | Moquegua | 2018 | 12 | Clic para ver el reporte de Moquegua al 201812 | | | |

Fuente: Registro Nominal de afiliados de SUSALUD

Fuente: Registro Nominal de afiliados de SUSALUD

Muestra los enlaces que contienen los reportes mensuales de afiliados en el ámbito nacional generados por SUSALUD en formato PDF. Muestra los enlaces que contienen los reportes mensuales de afiliados por regiones generados por SUSALUD en formato PDF.

Las IAFAS SIS y EsSalud, que son las IAFAS que concentran el 91,49% de afiliados a nivel nacional, informan al Registro de Afiliados el establecimiento de adscripción de sus asegurados. Esto quiere decir, que para las IAFAS mencionadas, podemos identificar a los asegurados atendidos por las IPRESS que cuentan con población adscrita, ya sea cerca a su domicilio o su lugar de trabajo.

Por otro lado, en relación con el SIS, se ha podido determinar un subregistro de un promedio de 400 mil asegurados que vendrían ser afiliados temporales (sin documento de identidad que son asegurados por norma expresa (Recién Nacidos entre otros)). Para el caso de EsSalud existen un aproximado de 240 mil asegurados como subregistro, entre las principales IAFAS.

A través del Registro de Afiliados se puede identificar la cantidad de asegurados al régimen de financiamiento subsidiado, lo que no podemos establecer es, si cuenta con condiciones de asumir el pago del seguro (estas condiciones las valida el SIS como parte de sus reglas de negocio para el subsidio por parte del Estado).

Así mismo, la información sobre aseguramiento se encuentra disponible en línea, a través del portal web institucional www.susalud.gob.pe y web service dispuestos para la consulta al Registro de Afiliados al AUS.

Por otro lado, si se trata de una emergencia, por Ley toda persona este o no asegurada debe de ser atendida. No obstante, mediante Resolución de Superintendencia N° 121-2019-SUSALUD/S se aprueba el modelo de transacción electrónica para la acreditación de asegurado en el AUS, la misma que se origina en tiempo real.

Del cumplimiento del PEAS

Se tiene un PEAS vigente aprobado mediante el D.S. 016-2009-SA. Según la Ley Marco de Aseguramiento y su reglamento, el PEAS debe ser revisado y actualizado cada 2 años. Sin embargo, desde su aprobación este proceso no se ha realizado. En ese sentido, el PEAS vigente podría no ser suficiente para cumplir las metas planteadas. Adicionalmente, viendo la necesidad de actualizar el PEAS, mediante la promulgación del D.U. N° 017-2019 se dispuso la actualización del PEAS, el cual va a ser aprobado en el transcurso del 2020.

Se está en proceso de la actualización del PEAS ("garantizado") porque el actual es insuficiente para garantizar la atención integral de las prioridades nacionales y regionales. Así mismo, como los Planes Complementarios (PC), y establecido los esquemas de financiamiento, se podrá estimar el presupuesto adicional que se requiere incrementar principalmente el financiamiento de los seguros públicos (SIS y EsSalud) para lograr la cobertura universal en el país; ya que actualmente no se cuenta con suficiente presupuesto.

Para la actualización del PEAS 2020 y los PC, se está estimando el costo per cápita de dichos planes, el cual servirá para verificar el nivel de gasto del estado en la cobertura de los servicios vinculados a dichos planes.

Participación comunitaria

La acción el Agente Comunitario de Salud contribuye a generar comportamientos y estilos de vidas saludables en la población, son referentes importantes de la comunidad, cumplimiento diversos roles en su comunidad, que son reconocidos, entre los que destaca: Ser promotor de la salud de la Salud, conforme a la Norma Técnica de Salud de los Equipos de Salud a poblaciones excluidas y dispersas, aprobado con Resolución Ministerial N 478-2009-MINSA.

Según el Ministerio de Salud en el año 2019 se tenía registrado 34,580 agentes comunitarios de salud a nivel nacional, de ellos el 72.9% (25,236) no tiene grado de instrucción o solo tiene hasta nivel primario.

Según la Ley N° 30825, Ley que fortalece la labor de Agentes comunitarios, es responsabilidad del Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y gobiernos locales, brindar capacitación constante a fin de que se cumplan las metas establecidas en los planes de salud.

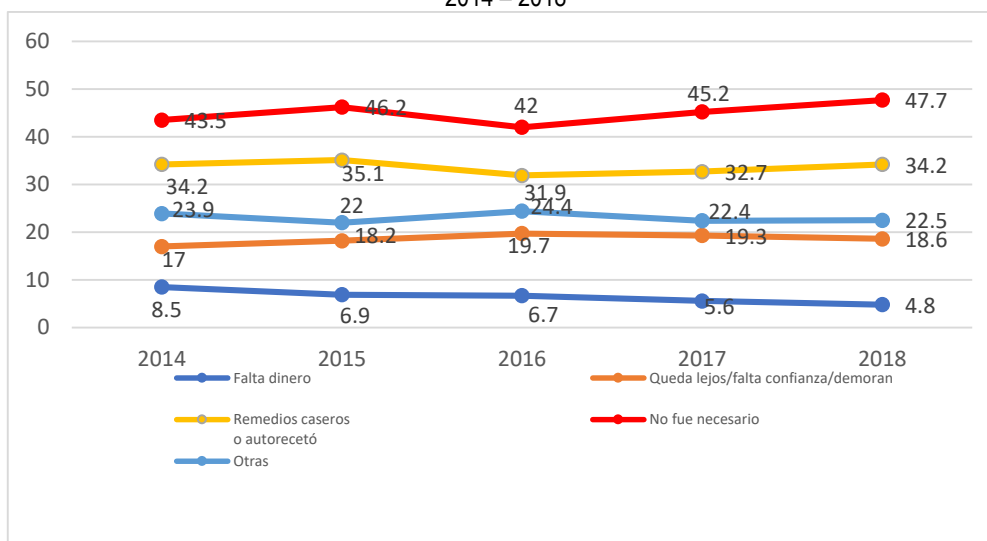
Búsqueda de atención de salud

Según la Encuesta Nacional de Hogares del año 2018, reporta que el 38,3% de la población reporta algún problema de salud, de los cuáles el 13,9% padece un problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.), siendo más elevada en el área urbana.

A nivel nacional, de cada 100 personas que padecen enfermedad crónica 40 buscaron atención. Según área de residencia, en el área urbana el 41,4% de la población con alguna enfermedad crónica buscó atención médica y en el área rural el 37,9%.

En el periodo de análisis, la población que tuvo algún problema de salud y buscó atención alcanzó el 47%. Según lugar o establecimiento de consulta, el 14,8% buscó atención en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), el 18,5% acudió a una farmacia o botica, el 6,8% fue a una clínica/ consultorio particular y el 5,9% a establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud). Del total la población que no acude a establecimientos de salud el 18,6% expresa como causa la distancia, falta de confianza y por demora en la atención, el 22,5 % reportó varios motivos entre ellos "No tiene seguro, falta de tiempo, y por maltrato del personal de salud", el 34,2% manifestó uso de remedios caseros o se auto medicó y el 47,4% manifestó que consideró que no fue necesario acudir al establecimiento de salud (Figura 36).

Figura 36. Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud. Perú 2014 – 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

Del total de la población que acude a un establecimiento de salud público, el tiempo promedio que demora una persona en llegar al establecimiento de salud es 29 minutos. Por tipo de establecimiento, para llegar a un establecimiento del MINSA el tiempo promedio es de 28 minutos, mientras que para llegar a un establecimiento de EsSalud es de 33. Por área de residencia, el tiempo promedio es mayor en el área rural (41 minutos) que en el área urbana (25 minutos). Otro de los factores que limitan la accesibilidad a los servicios de salud es el gasto de bolsillo en servicios médicos y medicamentos. Según la Encuesta Nacional de Usuarios en Salud 2016, 12,3% reportó haber pagado la totalidad del costo por consulta externa con un costo promedio de 33 soles, 12% manifestó haber pagado la totalidad de los medicamentos y similar cifra para el pago de análisis de exámenes auxiliares.

La protección financiera debe ser un pilar fundamental en el proceso de desarrollo del aseguramiento universal. En este sentido, la prestación de servicios por parte de los proveedores debe, además de reflejar estándares de calidad, alcanzar sostenibilidad para las personas usuarias, que considere los enfoques de género e interculturalidad. Por ello, los indicadores de desempeño planteados para las IPRESS deberán capturar la tendencia del gasto de bolsillo de los usuarios y los efectos catastróficos de los gastos en salud, que lleva a que las familias pasen a un estado de pobreza debido a un excesivo gasto en salud.

Según información del Seguro Integral de Salud, al 31 de mayo se cuenta con 20, 847,252 asegurados con afiliación activa, representando el 63.9% de la población total del país.

De las barreras culturales

El concepto de cultura⁸⁰, es entendido como conjunto de valores, costumbres, creencia y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico. Por tanto, la cultura como determinante, son todas las formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud, tales como, etnicidad, el nivel educativo, género, religión, lengua, cosmovisión, arquetipos, creencias, costumbres y valores. La cultura es un constructo social y por tanto, también cambia los hábitos que se constituyen como pautas culturales, y socialmente aceptadas, de este modo, los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión, en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. En cuanto a salud y cultura, es importante mencionar que la enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura.

⁸⁰ Determinantes culturales de la salud. Ana González Fernández¹, Ariel Genes Martínez¹, José Mendoza Blanco¹, Rossy Mera Zapata¹, Nany Gaitán Vásquez¹, Zuly Candelaria Salazar Luna.

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario/a en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

Entre los factores relacionados al aspecto cultural que se constituyen como barreras, se puede mencionar a la pertenencia a distintas culturas del personal de salud y de las y los pacientes; en cuyo caso las barreras de comunicación tienden a ser grandes. Estas dificultades de diálogo intercultural se traducen en insatisfacción tanto de la población como del personal de salud, que a la vez se traduce en opiniones y actitudes de rechazo hacia las instituciones de salud por los servicios que ofrecen. Otros factores relacionados al aspecto cultural tienen que ver con el poco conocimiento del contexto cultural de una población, la subestimación de sus prácticas y costumbres. Una manifestación de ello es la dificultad en aceptar al usuario/a que es migrante tal como es, con sus costumbres e idioma, o no comprender la gran importancia que tiene para cierta población "el entendimiento del origen de las enfermedades" desde una filiación cultural, como la pérdida del *ajayu* (alma) o el ritual de la placenta (entierro de la placenta) en la cultura Aymara.

En términos estadísticos, según la I Encuesta Nacional Percepciones y Actitudes sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-Racial y la II Encuesta Nacional de Derechos Humanos reporta que más de la mitad de los peruanos se ha sentido algo discriminado, discriminado o muy discriminado, por el color de su piel (28%), nivel de ingresos (20%), rasgos faciales (17%), procedencia (16%), forma de hablar (15%) entre otros. Asimismo, el 59% de la población percibe que la población quechua y aimara es discriminada o muy discriminada, el 60% de la población percibe que la población afroperuana es discriminada o muy discriminada y el 57% percibe que la población indígena o nativa de la Amazonía es discriminada o muy discriminada. Por otra parte, el 22% de la población se sintió discriminado en un hospital o posta médica, constituyéndose en una barrera de accesibilidad a los servicios de salud.⁸¹

2.3 Limitado acceso a una atención personalizada, debido a brechas en Recursos Humanos en Salud

El Segundo Informe al País sobre Recursos Humanos en Salud realizado en el año 2011, planteó dos dimensiones en las que se expresa una brecha entre las instituciones formadoras y las necesidades de los servicios públicos de salud, la que podríamos calificar de dimensiones cualitativa y cuantitativa respectivamente. La dimensión cualitativa alude a la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, y la dimensión cuantitativa referida al cálculo del número de personal que debe ser formado para adaptarse a las necesidades del sector⁸².

Los Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030 realizaron un diagnóstico donde señalan:

- Débil rectoría de la autoridad sanitaria que ocasiona desregulación de la oferta-demanda de recursos humanos.
- El número de profesionales de la salud registra un incremento importante entre 1980 y 2017, en paralelo a una mayor demanda pública y privada, debido a una oferta educativa sin coordinación con las entidades formadoras de recursos humanos en salud; también una inadecuada distribución de los recursos humanos, que está altamente concentrado en las grandes ciudades como Lima, reportándose brechas de recursos en salud y en especial de médicos especialistas.
- A inicios de 2018, 93 universidades (29 públicas y 64 privadas) ofrecen una o más carreras de ciencias de la salud, pero no todas están licenciadas.
- El informe sobre educación médica en el Perú de la Comisión de Alto Nivel conformada en 2016 concluyó que "hay un grave deterioro del proceso de enseñanza aprendizaje y de la calidad del producto final".

⁸¹ I Encuesta Nacional Percepciones y Actitudes sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico Racial

⁸² Arroyo J, Hartz J, Lau M. Recursos humanos en salud de Perú: Segundo informe al país. Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas [MINSa Perú]. Lima; 2011 [cited 2019 junio 05. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dggdrrh/carrera_sanitaria/documentos/MANUALES%20E%20INFORMES/Recursos%20Humanos%20de%20Salud%20en%20Per%C3%BA%20do%20Informe%20al%20Pa%C3%ADs.%20Marzo%202011.pdf

- Existe escasa integración de las actividades de desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud a planes de carrera con enfoque meritocrático y con enfoque interdisciplinario.
- Déficit en las condiciones laborales en aspectos esenciales del trabajo del personal de salud que presta servicio a la población más vulnerable.
- Bajo rendimiento del personal de salud para prestar servicios con calidad y cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Por otro lado, según Arroyo (2006) refiere que la educación en el Perú evidencia un desequilibrio entre las necesidades de los servicios de salud y las competencias del egresado de las carreras de las ciencias de la salud y persistencia de modelos de formación tradicionales, centrados en la enfermedad y no en los problemas del primer nivel de atención. Estas desconexiones podrían ser consecuencia del marcado privilegio hacia la atención de segundo y tercer nivel de atención, lo que influye en la elaboración de planes de estudio que resaltan la atención hospitalaria sin considerar los niveles de menos complejidad y la estrategia de la Atención Primaria de la Salud – APS, con tendencia hacia la especialización y sub-especialización⁸³.

En el 2012, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSa recogió información sobre Recursos Humanos a nivel de las DIRESAS, donde se identificó: existencia de saturación de campos clínicos y número excesivo de alumnos de pregrado; una débil articulación de las sedes docentes con las instituciones formadoras para la programación y ejecución de actividades de docencia asistencia; alta asignación de alumnos por tutor, sin tutoría permanente y sedes docentes que no cuentan con programación conjunta con la universidad.

Así mismo, se ha manifestado la preocupación por la calidad de la formación de los profesionales de la salud mediante el Consejo Nacional de Salud⁸⁴ en el Acuerdo N°723-2017/CNS, por las siguientes evidencias:

- El estudio “Aproximación a la Línea de Base de Competencias en Profesionales Médicos, Obstetras y Enfermeros que van a realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) 2016-I, en las Regiones La Libertad, Loreto y Piura”, realizado por el Ministerio de Salud, en coordinación con el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, el CONADASI, SERVIR y la SUNEDU, donde la muestra estuvo constituida por 254 profesionales (31% médicos, 42% enfermeros y 27% obstetras), concluyó que solo 166 (65%) calificaron como “competentes” (Tabla 39).

Tabla 39. Resultados de evaluación de competencias según grupo profesional

| Grupo profesional | Competencia | Resultado de la evaluación | |
|-------------------|---|----------------------------|---------------------------------------|
| | | Competente | En proceso de adquirir la competencia |
| Médicos | Atención de la paciente con emergencia obstétrica en el primer nivel de atención | 8% (6) | 92% (73) |
| Enfermería | Controlar el crecimiento y desarrollo del niño niña menor de 5 años según normativa vigente y planes de cuidado de Enfermería | 95% (102) | 5% (4) |
| Obstetricia | Atención de la gestante y niño por nacer según normas vigentes | 84% (58) | 16% (11) |
| Total | | 64.4% (166) | 34.6% (88) |

- El Informe Final sobre Educación Médica en el Perú, de la Comisión de Alto Nivel conformada mediante Resolución Ministerial N° 810-2016/MINSA concluyó que hay un grave deterioro del proceso de enseñanza aprendizaje de la medicina y de la calidad profesional del egresado. El promedio de los resultados entre el 2008 y el 2015, del Examen Nacional de Medicina (ENAM) rendido anualmente por

⁸³ García H, Díaz P, Ávila D, Cuzco M. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud [An. Fac. Med.]. Lima; 2015 [cited 2019 junio 08]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100002&lng=es

⁸⁴ Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud [Diario Oficial El Peruano]. Lima; 2002 [cited 2019 junio 05 [Consejo Nacional de Salud]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/cns/?op=21>.

los estudiantes de medicina humana en el último año de su formación en una escala vigesimal fueron: 12,27; 12,01; 11,34; 10,80; 11,34; 9,90; 10,64 y 11,66 anualmente para tal periodo, lo que implica un porcentaje de desaprobados de alrededor del 50%⁸⁵.

- El Informe Final del Grupo de Trabajo encargado de revisar la normativa vinculada a la calidad de la formación y del entrenamiento, a nivel de pre y post grado, de los médicos cirujanos en el Perú, conformado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Colegio Médico del Perú y la Academia Nacional de Medicina, a través de la Resolución Suprema N°010-2017-SA⁸⁶, señaló en sus conclusiones y recomendaciones lo siguiente⁸⁷:
 - Los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud deben anteponerse a cualquier otra disposición, en concordancia con lo que señala la Ley N° 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
 - La calidad de la prestación de servicios de salud que realiza el personal se encuentra estrechamente vinculada a la formación recibida en el pregrado.
 - Hay un 50% de los estudiantes de medicina humana que rinden el Examen Nacional de Medicina que desaprueban.
 - Existe una saturación de servicios por estudiantes de medicina humana de diversas universidades, sin regulación en su número y a predominio en hospitales de referencia nacional, en lugar de la formación fundamental en establecimientos del primer nivel de atención.

Por otro lado, es necesario asegurar la disponibilidad de información actualizada y confiable sobre la distribución y ubicación del personal de salud, dado que resulta necesario para plantear estrategias de dotación de RHUS que posibilite el derecho al acceso de la población a una atención de salud con equidad y calidad.

En el año 2018 a nivel nacional se reportó 282,808 recursos humanos, concentrando el 71,5% de los recursos humanos en el Ministerio de Salud y Gobiernos regionales, seguido por el 19,8% en EsSalud. Lima y Callao concentran el 43.8% del número de recursos humanos en salud, distribuyéndose la diferencia en todas las regiones del país.

Del total de recursos humanos registrados en la base de datos, el 49,6% es nombrado, el 9,3% contratado bajo el régimen 276, el 13% bajo el régimen 728 y el 21,9% bajo el régimen CAS, adicional a ello el 6,2% bajo otros regímenes de contrato (Tabla 40). Es preciso manifestar que esta información no incluye a los recursos humanos que se encuentran laborando bajo la denominación "servicio prestado por terceros".

Tabla 40. Recursos Humanos según condición Laboral. Perú 2018

| Condición Laboral | Cantidad | Porcentaje |
|-------------------|----------|------------|
| Nombrado | 140,353 | 49.6 |
| Contratado 276 | 26,312 | 9.3 |
| Contratado 728 | 36,896 | 13 |
| CAS | 61,834 | 21.9 |
| Otros | 17,413 | 6.2 |
| Total | 282,808 | 100 |

Fuente: Base de datos del Observatorio de Recursos Humanos en Salud – DIGEP – MINSa

Contar con información ha permitido tener reportes anuales y actualizar indicadores sobre disponibilidad con la finalidad de realizar comparaciones internacionales. El Observatorio de Recursos Humanos en Salud en el 2018 reportó que existe un incremento lento de la densidad de médicos, enfermeros y de obstetras (Figura 37), sin embargo, aún se encuentra por debajo del

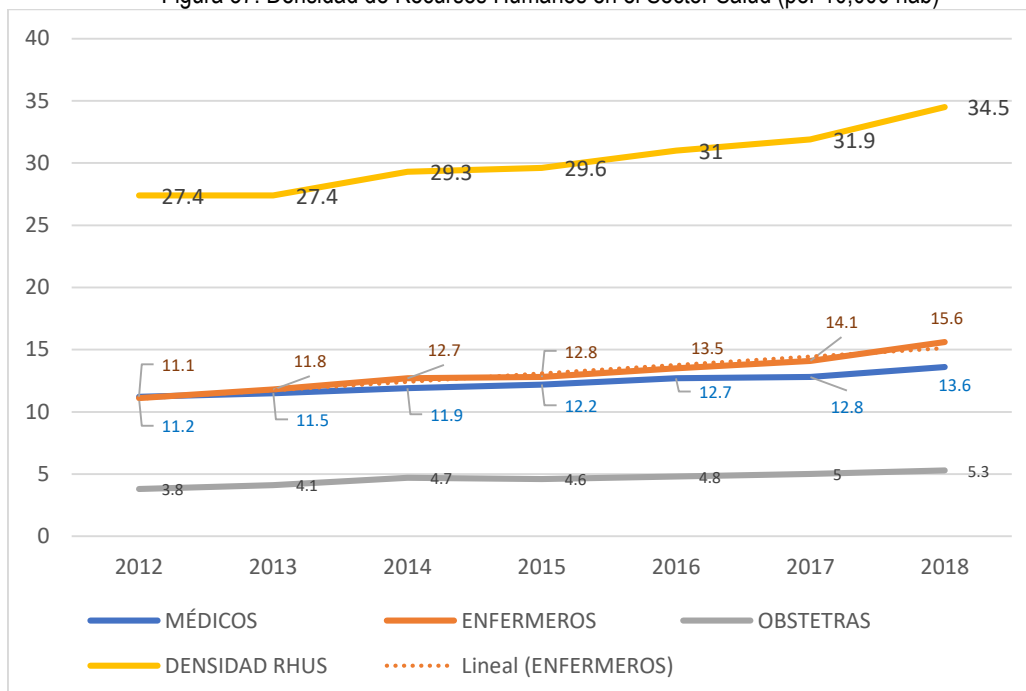
⁸⁵ Mandujano E. Carta al editor: Examen nacional de medicina (ENAM) en Perú: Universidades mejores posicionadas entre los años 2008-2013 [Rev. cuerpo méd. HNAAA]. Lima; 2017 [cited 2019 junio 04. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cuerpomedicohnaaa/v7n1_2014/pdf/a13v7n1.pdf.

⁸⁶ Grupo de Trabajo, adscrito al Ministerio de Salud, encargado de revisar la normativa vinculada a la calidad de la formación y del entrenamiento, a nivel de pre y post grado (residentado), de los médicos cirujanos en el Perú [Diario Oficial del Bicentenario El Peruano]. Lima; 2017 [cited 2019 Junio 06. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/crean-grupo-de-trabajo-adscrito-al-ministerio-de-salud-enc-resolucion-suprema-n-010-2017-sa-1530367-10/>.

⁸⁷ Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030 [Plataforma digital única del Estado Peruano]. Lima; 2018 [cited 2019 junio 04. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/235756-1357-2018-minsa>.

mínimo estipulado por la OMS, cuyo estándar internacional es contar con 44,5 trabajadores de salud por 10 000 habitantes.

Figura 37. Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud (por 10,000 hab)



Fuente: Observatorio de RRHH-MINSA

La densidad de los profesionales de la salud a nivel regional varía, evidenciándose regiones que superan el estándar internacional como Moquegua, Apurímac y Callao, sin embargo, existen regiones cuya densidad se encuentra por debajo del promedio nacional como Piura, San Martín, Loreto, Cajamarca, Puno, La Libertad, Ucayali, Ancash, Junín, Huancavelica, Lambayeque y Tumbes. Como se observa, la densidad nacional no necesariamente es un reflejo adecuado de lo que sucede a nivel regional. Se evidencia una alta densidad de médicos en Lima y Callao, sin embargo, en el resto de las regiones la densidad de médicos esta menor. Estas regiones reportan prevalencia de enfermedades que generan años de vida saludables perdidos, tanto por muerte prematura como por discapacidad (Figura 38).

La Dirección General de Personal de Salud del Ministerio de Salud desarrolló una metodología que permite estimar la brecha de RHUS para los servicios asistenciales de los tres niveles de atención, y que considera al perfil epidemiológico, oferta de servicios de salud y población existente.

A enero del 2019, la brecha de recursos humanos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales asciende a 68,057 recursos humanos como se muestra en detalle en la Tabla 41.

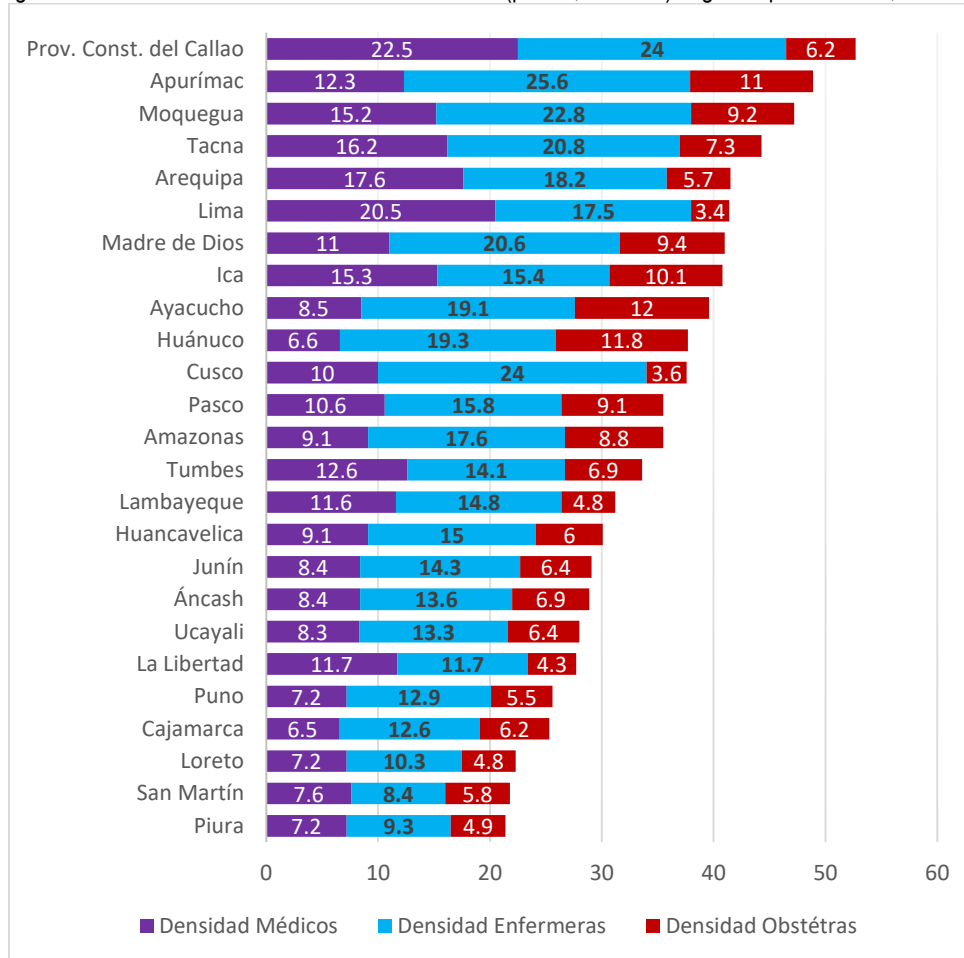
Tabla 41. Brecha de Recursos humanos por grupo ocupacional

| PERSONAL DE LA SALUD | Brecha de rhus 7 913 IPRESS (2019) |
|---------------------------|--|
| MÉDICO CIRUJANO | 1,620 |
| MÉDICO ESPECIALISTA | 10,639 |
| PROFESIONALES DE LA SALUD | 30,036 |
| TÉCNICOS ASISTENCIALES | 25,762 |
| TOTAL | 68,057 |

Fuente: DIGEP



Figura 38. Densidad de recursos humanos en salud (por 10,000 hab.) según departamentos, Perú-2018.



Fuente: Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2018

En la Tabla 42, se evidencia que la mayor proporción de brecha se encuentra en el primer y segundo nivel de atención de los establecimientos de salud.

Tabla 42. Brecha de Recursos humanos por grupo ocupacional y categoría de establecimiento de salud.

| CATEGORIA | N° IPRESS | BRECHAS | | | | TOTAL |
|---------------------------|--------------|-----------------|---------------------|-------------------|------------------------|---------------|
| | | MEDICO CIRUJANO | MEDICO ESPECIALISTA | PROFESIONAL SALUD | TECNICOS ASISTENCIALES | |
| I-1 | 4,281 | 8 | | 4,276 | 3,240 | 7,524 |
| I-2 | 1,969 | 351 | | 1,494 | 953 | 2,798 |
| I-3 | 1,203 | 430 | 49 | 3,230 | 2,616 | 6,325 |
| I-4 | 313 | 831 | 829 | 5,138 | 4,291 | 11,089 |
| SUBTOTAL I NIVEL | 7,766 | 1,620 | 878 | 14,138 | 11,100 | 27,736 |
| II-1 | 94 | | 3,299 | 6,405 | 6,196 | 15,900 |
| II-2 | 35 | | 1,823 | 2,406 | 2,437 | 6,666 |
| II-E | 9 | | 405 | 409 | 390 | 1,204 |
| SUBTOTAL II NIVEL | 138 | 0 | 5,527 | 9,220 | 9,023 | 23,770 |
| III-1 | 17 | | 4,172 | 6,555 | 5,454 | 16,181 |
| III-E | 1 | | 62 | 123 | 185 | 370 |
| SUBTOTAL III NIVEL | 18 | 0 | 4,234 | 6,678 | 5,639 | 16,551 |
| TOTAL | 7,922 | 1,620 | 10,639 | 30,036 | 25,762 | 68,057 |

Fuente: DIGEP

Este problema es mayor en el primer nivel de atención cuando se analiza por ámbitos distritales. De 1838 distritos, 293 (15,94%) no cuentan con profesional médico en establecimientos de salud del primer nivel de atención pertenecientes a MINSA o EsSalud, es decir, 704 008 habitantes no pueden acceder a consulta médica en el territorio donde viven y 1318 distritos (71,71%) tienen menos de diez médicos por cada diez mil habitantes. Solo 227 distritos (12,35%) tienen uno o más médicos por cada mil habitantes, pero en 87 de ellos se debería a que la población tiene menos de mil habitantes. Sin embargo, también se observa que en 22 (25,28%) distritos con menos de mil habitantes tienen dos o tres médicos. En aquellos distritos que tienen al menos un médico por cada mil habitantes, se puede observar que el tamaño poblacional explica –en la mitad de los casos- el número de médicos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, es decir, en el 50% de los establecimientos de salud la presencia de los médicos podría obedecer a otras premisas diferentes al tamaño de la población.

A ello se suma que, de los 159 especialistas en medicina familiar que laboran en establecimientos administrados por el MINSA o GORE, solo 86 médicos de familia (54,09%) están ubicados en el primer nivel de atención. Asimismo, dos de cada cinco de estos médicos laboran en establecimientos hospitalarios del MINSA o GORE. Al laborar fuera del primer nivel de atención se desaprovecha la oportunidad para el contacto personal con el paciente, así como para la prevención de riesgos y la educación para la prevención en salud de la población.

Teniendo en cuenta que el modelo de atención se basa en fortalecer la atención primaria y en la continuidad de la atención de acuerdo con la complejidad, de las 195 provincias de nuestro país, 82 no cuentan con médico en el segundo nivel de atención, lo que significa 4 446 562 peruanos que no tienen posibilidad alguna de acceder a atención médica en este nivel. Además, si asumimos –arbitrariamente y con fines de comparación- que se requiere de un médico por cada 10 000 habitantes en el segundo nivel de atención como parámetro estándar veremos que: 13 provincias no alcanzarían esta cobertura, es decir, 2 272 305 pobladores tendrían acceso limitado a la atención médica en este nivel; y, a pesar que 100 provincias se encuentran por encima de este parámetro, en 46 de ellas la tasa es significativamente menor a la reportada en el resto del país y ninguna de ellas iguala o supera la densidad reportada en la provincia de Ica. Esto reflejaría la inequidad en la distribución de los médicos en el segundo nivel de atención que podría ser explicada por la pobreza monetaria de la población.

Existen evidencias que las condiciones de trabajo y la propia seguridad y salud del personal de salud son factores importantes para la retención que contribuyen a garantizar el acceso de la población a una atención con equidad y calidad en el sistema de salud⁸⁸.

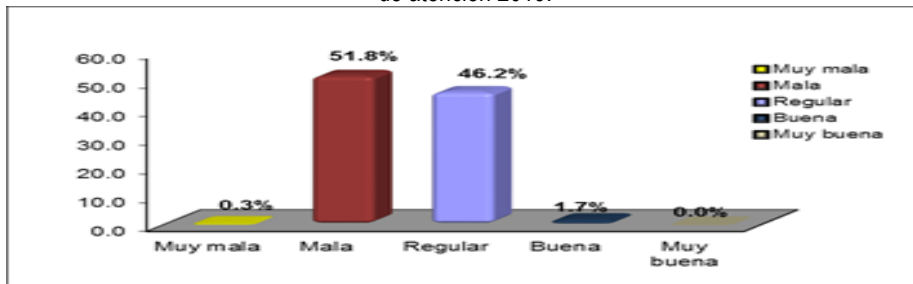
Es innegable que el personal de la salud es esencial para el desarrollo de los sistemas de salud y que la salud de la población conlleva a su vez a fortalecer la riqueza de las sociedades. Para que los recursos humanos en salud puedan desempeñar efectivamente sus funciones, necesitan un salario adecuado, condiciones de trabajo seguras y saludables, un desarrollo profesional continuo, oportunidades profesionales, igualdad de trato y protección social⁸⁹. Esta situación todavía no es óptima en los recursos humanos en salud, principalmente de las zonas más alejadas.

En una encuesta realizada con el objeto de generar información sobre las condiciones de laborales en establecimientos del primer nivel de atención ubicados en los departamentos de Cajamarca, Arequipa, Apurímac, Ayacucho e Ica, se observó que, del total de trabajadores de salud encuestados en relación con su percepción sobre las condiciones laborales, el 51,8%, manifiesta que es mala y el 46,2% regular, solamente un 1,7% que es buena. Es decir, el 98% considera que sus condiciones laborales se encuentran entre regular a muy mala (Figura 39).

⁸⁸ Agenda de Salud para las Américas 2008–2017. Panamá, junio de 2007.

⁸⁹ Conclusiones sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud La Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud, Congregada en Ginebra, del 24 al 28 de abril de 2017.

Figura 39. Percepción de las condiciones laborales en los trabajadores del Ministerio de Salud del primer nivel de atención 2019.

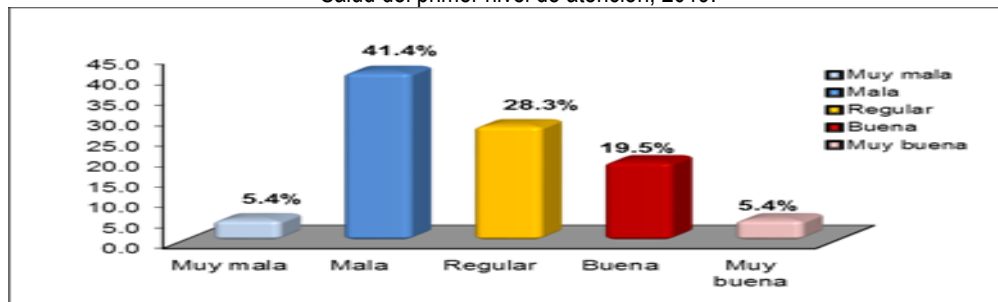


Fuente: DIGEP-MINSA

En relación con los factores de riesgos laborales (Figura 40), aproximadamente 70% de encuestados percibe entre muy malo a regular las condiciones del establecimiento de salud que los expone riesgos laborales.

La financiación pública limitada para los sistemas de salud da lugar a que los trabajadores sanitarios enfrenten una situación de mayores exigencias laborales sin comprometer la prestación de cuidados de calidad. En muchos países, los jóvenes no se sienten atraídos por determinados puestos de trabajo del sector de la salud debido a los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo (SST). Como consecuencia, se manifiesta una escasez de personal de salud que dificulta el acceso de la población a la atención de salud.

Figura 40. Percepción de las condiciones laborales para riesgos laborales en los trabajadores del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, 2019.



Fuente: DIGEP-MINSA

Las inadecuadas condiciones de trabajo generan problemas para contratar, distribuir y retener a los recursos humanos en salud, que conlleva a la poca disponibilidad de personal de salud calificados y motivados, originando dificultades el acceso a una atención de salud de calidad.

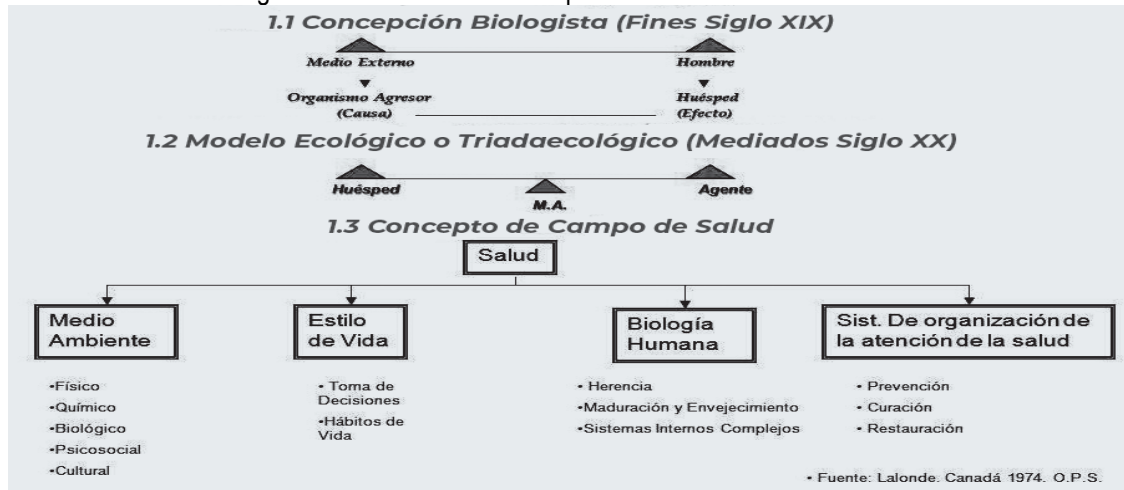
CAUSA DIRECTA 3: INADECUADAS CONDICIONES DE VIDA QUE GENERAN VULNERABILIDAD Y RIESGOS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

Las condiciones de vida son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

Existe una evolución sobre el concepto de aquello que afecta la salud (Figura 41), así en 1974, se publicó el Informe Lalonde donde se expuso que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Partió de la base de que la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho, enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico.

Lalonde llega a la conclusión de que la situación de salud individual y colectiva está influenciada por un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones, lo que posteriormente la Organización Mundial de Salud denomina "determinantes sociales de la salud".

Figura 41. Evolución del concepto de determinantes de la salud



Los determinantes de la salud⁹⁰ se clasifican en torno a cuatro grandes categorías que se encuentran interrelacionadas (Ver Figura 42):

- **Medio Ambiente.** Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, los cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación de aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.
- **Estilo de Vida.** El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su propia salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello.
- **Biología Humana.** Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, como por ejemplo las enfermedades crónicas, los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y costos altísimos para su tratamiento.
- **Servicio de Atención en Salud.** Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias y otros servicios sanitarios. Habitualmente se gastan grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podrían haberse prevenido.

⁹⁰ <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>

Figura 42. Interrelaciones entre los factores determinantes de la salud



Fuente: Sociedad Argentina de Cardiología.

También hace un análisis de cuál es el impacto, sobre la salud real, de las medidas sanitarias/inversión sanitaria llevadas a cabo en Canadá, donde se observa que existe una desproporcionalidad en la asignación de los recursos (Ver Tabla 43).

Tabla 43. Relación entre los factores determinantes de la salud identificados y la asignación de recursos

| Informe Lalonde (Canadá 1974) | | |
|--------------------------------|----|--------------------------|
| Factores que influyen | % | Asignación de recursos % |
| Estilos de vida | 43 | 1,5 |
| Biología humana | 27 | 7,9 |
| Medio ambiente | 19 | 1,6 |
| Sistema de salud | 11 | 90 |

Fuente: Sociedad Argentina de Cardiología.

El informe fue aclamado internacionalmente por el cambio radical de las políticas tradicionales y su apoyo a la promoción de la salud al desarrollar un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención. Las principales causas de los problemas son socioeconómicos, mientras que las políticas de salud se centran en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar intervenciones sobre el entorno social donde se encuentran las "causas de las causas".

En ese contexto, y tomando en cuanto el enfoque de los determinantes sociales de la salud, en el Perú, según el Instituto de Evaluación y Medición de Salud – IHME, menciona que los factores ambientales, explican el 17.4% de la carga de enfermedad atribuida, encontrándose factores de riesgo presentes en más de una causa de muerte o enfermedad con una contribución importante como se muestra en la siguiente Tabla 44.

Tabla 44. Factores de riesgo modificables asociados

| Factores de riesgo modificables | Nº de causas de muerte o enfermedad relacionados a factores de riesgo. |
|---|--|
| Otros riesgos ambientales. | 14 |
| Exposición al plomo | 13 |
| Carcinógenos ocupacionales | 8 |
| Contaminación del aire del hogar por combustibles sólidos | 7 |
| Contaminación por partículas | 7 |
| Agua, saneamiento y lavado de manos inseguros | 2 |

| Factores de riesgo modificables | N° de causas de muerte o enfermedad relacionados a factores de riesgo. |
|------------------------------------|--|
| Factores ergonómicos ocupacionales | 1 |

Elaboración propia. Fuente: CDC-MINSA.

3.1 Aumento de la exposición de la población a entornos no saludables e inseguros.

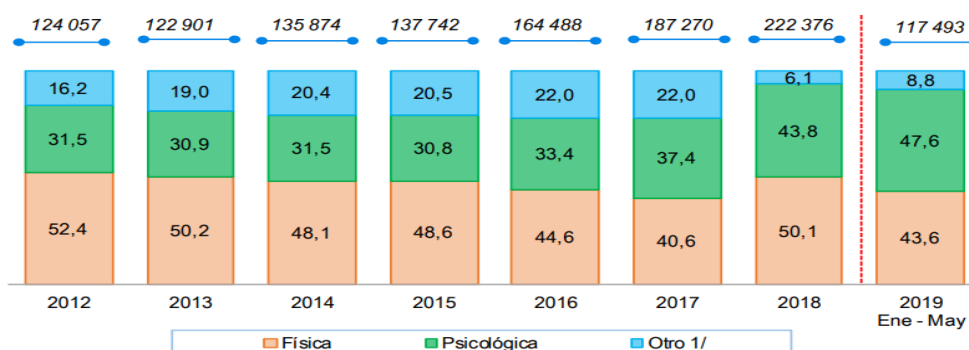
Según la Real Academia Española define a entorno como el ambiente, lo que rodea a una persona⁹¹. De acuerdo con la OMS, un entorno es donde las personas interactúan activamente con el medio que los rodea; asimismo define como saludable aquellos que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a amenazas para la salud.

Violencia familiar

La violencia en el Perú es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas, sin embargo, es un problema que generalmente se calla y se oculta principalmente por la propia víctima.

Según reporte de la Policía Nacional del Perú, se han registrado 222 mil 376 denuncias por violencia familiar y 7 mil 789 casos de violencia sexual en el año 2018; lo que significa, respectivamente, un incremento de 79,3% y 26,2% con relación al año 2012 (ver Figura 43).

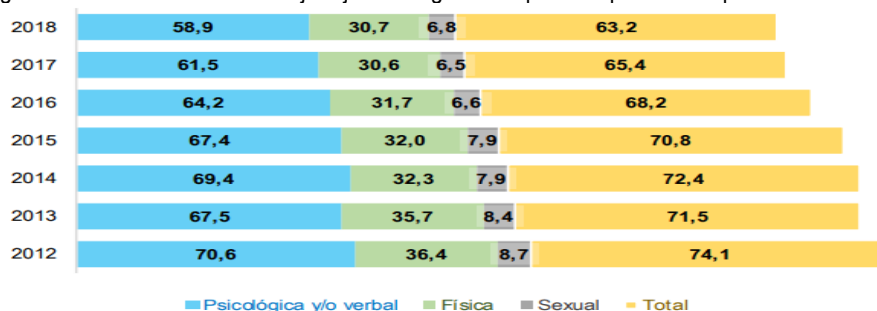
Figura 43. Denuncias por violencia familiar según Tipo. Perú. 2012 – 2018, enero – mayo 2019.



1/ Aquellas agresiones que tienen connotación física, psicológica y sexual en forma conjunta o al menos dos de ellas.
 Fuente: Ministerio del Interior – Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
 Elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Según la ENDES 2018, el 63,2% de las mujeres de 15 a 49 años de edad sufrieron algún tipo de violencia en algún momento de su vida por el esposo o compañero; el 58,9% fueron víctimas de violencia psicológica, 30,7% fueron agredidas físicamente y el 6,8% fueron violentadas sexualmente (Figura 44).

Figura 44. Violencia contra la mujer ejercida alguna vez por el esposo o compañero. Perú 2012 – 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

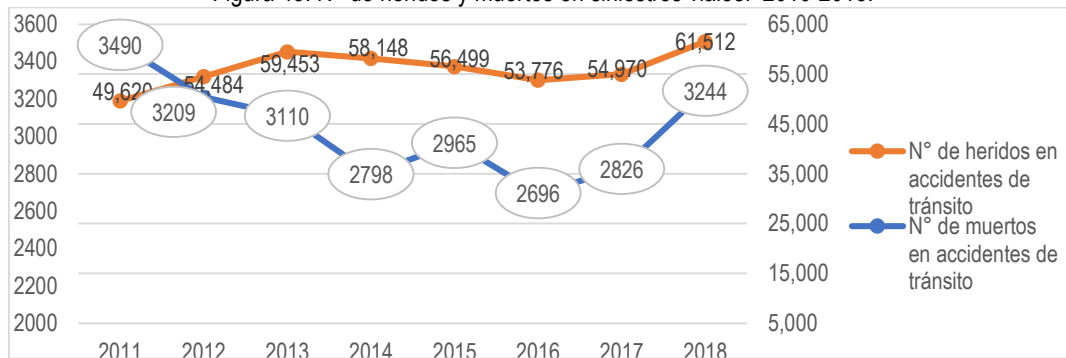
⁹¹ Real Academia Española

Siniestros viales

En el Perú, la transición demográfica conllevó a las olas migratorias a partir de 1950, desde el ámbito rural a las ciudades de la costa, lo que trajo consigo proceso de urbanización acelerado y sin planificación con un patrón de asentamiento migratorio en zonas de alta vulnerabilidad. Estas características de crecimiento urbano acelerado van acompañadas de crecimiento acelerado y sostenido del parque vehicular, que asociado a su antigüedad (22,5 años vehículos de transporte público, 15,5 años transporte privado), como sus conductores, aquellos que presentan una alta tendencia a infringir las reglas de tránsito, nos colocan en un escenario de vulnerabilidad en seguridad vial; es decir, son factores que prevalecen en la ocurrencia de siniestros viales, al aumentar considerablemente los niveles de exposición de los usuarios de las vías y por lo tanto, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por siniestros viales. Además del incremento latente de la contaminación atmosférica y sonora, los que impactan considerablemente de forma negativa en el componente usuarios de las vías, infraestructura vial y entorno, mermando la capacidad de respuesta en la atención a víctimas de siniestros viales⁹².

En los últimos años se han incrementado los siniestros viales en el Perú, y con ellos las muertes y lesiones por estos eventos, siendo considerado como una de las primeras causas de carga de enfermedad por el alto número de población joven afectada (30% del total de lesionados por siniestros viales en establecimientos del Ministerio de Salud). En el 2018, se registraron 61512 personas heridas y 3244 muertes a causa de siniestros viales (Figura 45).

Figura 45. N° de heridos y muertes en siniestros viales. 2010-2018.

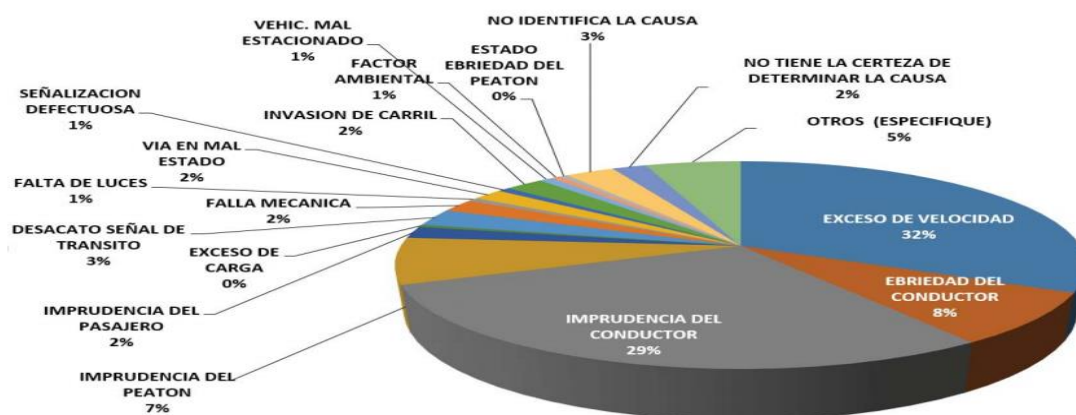


Fuente: PNP de Regiones y frentes policiales.

Elaborado por Dirección Ejecutiva de tránsito y seguridad vial de la PNP.

Las principales causas de los siniestros viales (Figura 46) durante el año 2018 fueron la imprudencia de la persona que conducía con 25,858 siniestros viales (28,71%), el exceso de velocidad 25,048 (27,81%), ebriedad de la persona que conducía 6,602 (7,33%) e Imprudencia del peatón 5,351 (5,94%).

Figura 46. Causas que originan los siniestros viales, 2018



Fuente: PNP de Regiones y frentes policiales.

⁹² Plan Estratégico Nacional de Seguridad Vial (PENsv) 2017-2021.

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional de Seguridad Vial del MTC 2017 -2021, los factores que inciden (causas) en la alta siniestralidad en el tránsito, están directamente asociados al comportamiento humano, que constituye el 83.8% de las causas; en las que destacan: el exceso de velocidad, imprudencias del conductor, ebriedad, imprudencias del peatón y del pasajero y otros como se muestra en el gráfico adjunto. Estas causas fueron seleccionadas por ser las más frecuentes.

No fueron consideradas las causas por el no uso de cinturón de seguridad, ni el incumplimiento de tener el certificado de Inspección técnico vehicular vigente. La explicación sobre estas omisiones, por los especialistas de la PNP, es que la gran mayoría de conductores cumplen con usar el cinturón de seguridad y llevan en sus vehículos el respectivo certificado de Inspección técnico Vehicular vigente.

Dado que una de las funciones de la Policía Nacional del Perú, a través de la Dirección de Tránsito, Transporte y Seguridad Vial, es mantener el orden de las vías y prevenir los siniestros viales, llevan una estadística de las causas que originan los siniestros viales. En la Tabla 45 se muestran la magnitud de las causas y su evolución en el tiempo.

Tabla 45. Causas que originan los siniestros viales

| AÑO | TOTAL | DE EXCESO VELOCIDAD | DEL EBRIEDAD CONDUCTOR | DEL IMPRUDENCIA CONDUCTOR | DEL IMPRUDENCIA PEATON | DEL IMPRUDENCIA PASAJERO | EXCESO DE CARGA | DESACATO SEÑAL DE TRÁNSITO | FALLA MECÁNICA | FALTA DE LUCES | PISTA EN MAL ESTADO | SEÑALIZACIÓN DEFECTUOSA | OTROS |
|------|---------|---------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|----------------------------|----------------|----------------|---------------------|-------------------------|-------|
| 2012 | 94,923 | 31,087 | 10,468 | 26,363 | 7,437 | 2,136 | 535 | 1,964 | 2,377 | 367 | 1,656 | 835 | 9,698 |
| 2013 | 102,762 | 33,202 | 12,021 | 28,545 | 8,533 | 2,199 | 497 | 2,129 | 2,380 | 363 | 1,781 | 796 | 10316 |
| 2014 | 101,104 | 32,924 | 9,951 | 28,443 | 7,411 | 2,104 | 403 | 2,498 | 2,543 | 543 | 1,791 | 738 | 12200 |
| 2015 | 95,632 | 30,672 | 7,754 | 27,552 | 6,901 | 1,736 | 375 | 2,541 | 1,905 | 534 | 1,660 | 637 | 10481 |
| 2016 | 89,304 | 28,380 | 6,522 | 25,210 | 5,899 | 1,617 | 352 | 2,165 | 1,907 | 435 | 1,512 | 903 | 12557 |
| 2017 | 88,168 | 25,445 | 6,769 | 25,903 | 5,492 | 1,564 | 203 | 1,930 | 1,849 | 425 | 1,575 | 462 | 13939 |
| 2018 | 90,056 | 25,048 | 6,602 | 25,858 | 5,351 | 1,654 | 386 | 1,918 | 1,929 | 405 | 1,690 | 478 | 18737 |

Fuente: Anuario Estadístico de la Policía Nacional del Perú

Se esperaba que la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad y la revisión técnica del vehículo anualmente, iba a bajar el número de siniestros viales. Debido a las elevadas multas, la gran mayoría de conductores, usan el cinturón de seguridad y tienen al día la revisión técnica de su vehículo, pero estas medidas no han sido efectivas para reducir los siniestros viales.

El Decreto Supremo N° 016-2009-MTC, Texto Único Ordenado del Reglamento Nacional de Tránsito – Código de Tránsito y modificatorias, que recoge y ordena las modificaciones hechas al DS N° 033-2001, que aprueba el Reglamento Nacional de Tránsito, establece las sanciones que el infractor debe pagar cuando comete una falta o infracción. La sanción M01 Conducir con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a lo previsto en el Código Penal, o bajo los efectos de estupefacientes, narcóticos y/o alucinógenos comprobado con el examen respectivo o por negarse al mismo y que haya participado en un accidente de tránsito, según las lesiones o daños causados, se establece del 50 a 100% de una (01) UIT, equivalente a 4,300 soles (en el año 2020), además cancela la licencia de conducir y lo inhabilita en forma definitiva para obtener una licencia. La sanción M02 Conducir con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a lo previsto en el Código Penal, bajo los efectos de estupefacientes, narcóticos y/o alucinógenos comprobada con el examen respectivo o por negarse al mismo, es del 50% del valor de la UIT. Además, se suspende la licencia de conducir por tres (3) años.

Las sanciones muy severas de conducir con presencia de alcohol en la sangre, como se puede ver en la tabla, han reducido de 10,700 siniestros viales en promedio de los años 2012 al 2014 a 6,600 siniestros viales en promedio de los últimos 4 años.

Se requiere establecer sanciones similares para reducir las causas de siniestros viales por exceso de velocidad (25,200 siniestros viales en promedio anual) y siniestros viales por imprudencia del conductor

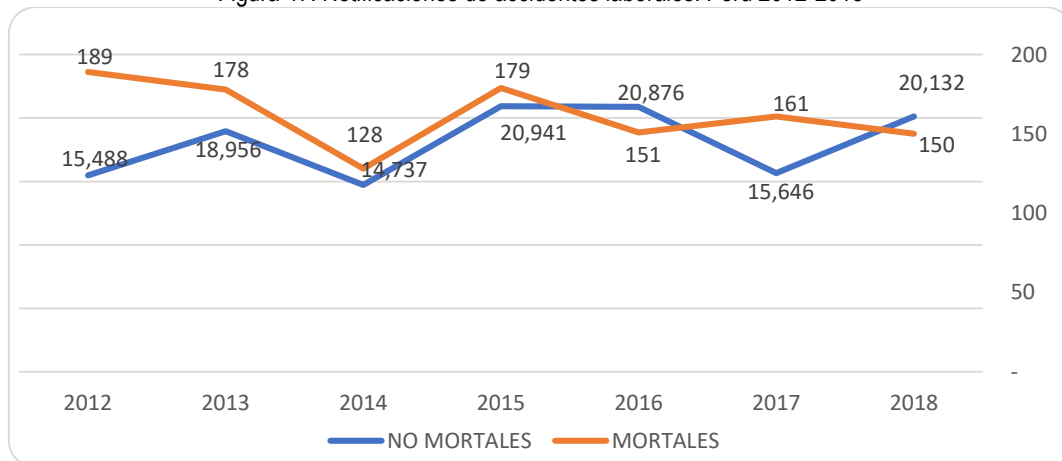
(25,700 siniestros viales en promedio anual) que representan el 56.5% del total de siniestros viales anualmente. En el Callao se han reducido estas causas de siniestros viales con sanciones severas y con la ayuda de cámaras de video vigilancia instaladas estratégicamente en avenidas y lugares de siniestros viales frecuentes.

Accidentes laborales

La Organización Internacional del Trabajo estima que cada 15 segundos, un trabajador muere a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo. Cada 15 segundos, 153 trabajadores tienen un accidente laboral. Cada día mueren 6300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo – más de 2,3 millones de muertes por año. Anualmente ocurren más de 317 millones de accidentes en el trabajo, muchos de estos accidentes resultan en absentismo laboral. El coste de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima en un 4 por ciento del Producto Interior Bruto global de cada año⁹³.

Respecto a las notificaciones reportadas por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, existe un incremento de las notificaciones en el transcurso de los años, disminuyendo en el año 2017 en el que se reportó 15,646; incrementándose nuevamente en el año 2018 como lo muestra la Figura 47.

Figura 47. Notificaciones de accidentes laborales. Perú 2012-2018



Fuente: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo / OGETIC / Oficina de Estadística

De los 150 accidentes mortales reportados en el año 2018, el 44% (66) corresponde a caídas de altura, choque de vehículos, aprisionamiento y contacto con electricidad.

La inseguridad alimentaria

Se entiende por seguridad alimentaria al acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso. Esta definición incorpora los conceptos de disponibilidad, acceso, uso y estabilidad en el suministro de alimentos.⁹⁴

Uno de los principales desafíos en el país es lograr la seguridad alimentaria y nutricional de la población y mejorar el capital humano. La salud y la nutrición de la población cumplen un rol fundamental, aunque poco comprendido, como insumo en los procesos de desarrollo del país. La seguridad alimentaria y nutricional a través de los diferentes estadios del ciclo de vida, está afectada por factores múltiples tales como el limitado acceso a los alimentos, acceso a los servicios de salud, instrucción de la madre, niveles de ingreso, contexto sociocultural, hábitos y prácticas de la población, saneamiento básico entre otros.

⁹³ OIT (2017). Trabajar juntos para promover un medio ambiente de trabajo seguro y saludable. Ginebra

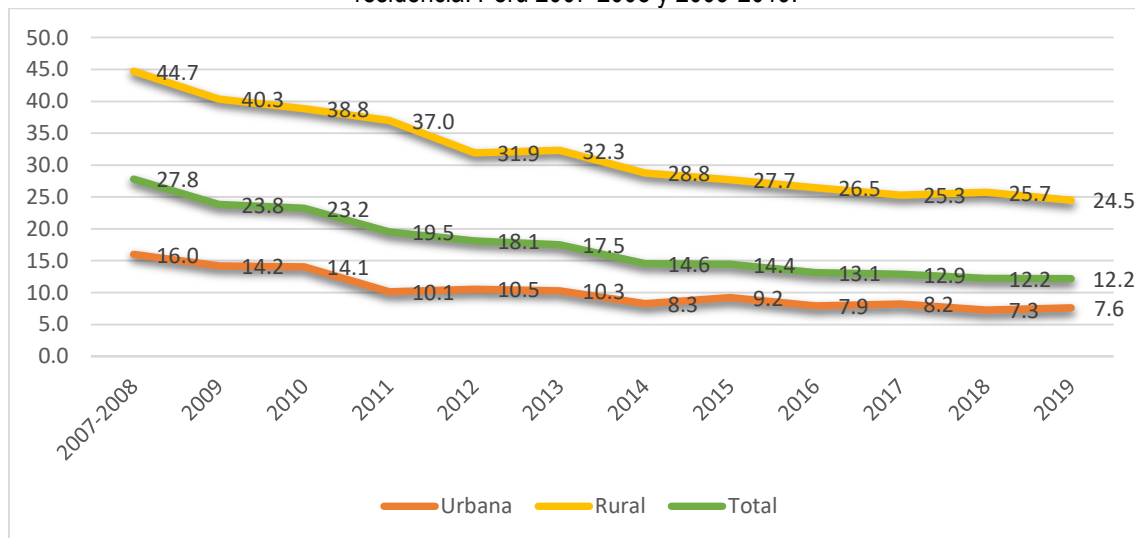
⁹⁴ <https://www.minagri.gob.pe/portal/68-marco-legal/seguridad-alimentaria>

Entre las manifestaciones de la inseguridad alimentaria y nutricional se encuentran el inadecuado crecimiento físico y desarrollo mental, la morbilidad y mortalidad asociadas con la malnutrición, el rendimiento escolar deficiente y la baja productividad del adulto, que son a su vez causa del subdesarrollo humano.

Hay enfermedades emergentes ligadas a la producción de alimentos. Aproximadamente un 75% de las nuevas enfermedades infecciosas humanas aparecidas en los últimos 10 años fueron causadas por bacterias, virus y otros patógenos que surgieron en animales y productos de origen animal. Muchas de esas enfermedades humanas están relacionadas con la manipulación de animales domésticos y salvajes durante la producción de alimentos en los mercados y mataderos⁹⁵. De allí la importancia de abordar el tema de inocuidad de los alimentos con un enfoque de cadena integral "de la granja o del mar a la mesa", donde intervienen diferentes sectores con competencias sanitarias, competencias en el comercio, competencias en el control fronterizo, entre otros, así como el sector privado que interviene en la cadena de producción y suministro de alimentos a la población y para la exportación. Este enfoque se encuentra expresado en el Decreto Legislativo 1062 que aprobó la ley de Inocuidad de los Alimentos.⁹⁶

La desnutrición infantil y la deficiencia de micronutrientes siguen siendo los principales problemas de nutrición. Según el patrón de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019, la desnutrición crónica afectó al 12,2% de niñas y niños menores de cinco años de edad; en comparación con el año 2013 disminuyó en 5,3 puntos porcentuales (17,5%). Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (24,57%), es decir, 16,9 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (7,6%); en tanto que, por región natural, fue mayor en las niñas y niños de la Sierra (18,9%), seguido por los de la Selva (16%)⁹⁷, tal como lo representa la Figura 48.

Figura 48. Evolución de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años según área de residencia. Perú 2007-2008 y 2009-2019.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

La anemia por deficiencia de hierro es un daño nutricional ampliamente distribuido a nivel nacional que afecta a la población de diferentes estratos socioeconómicos. La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altura. La hemoglobina, un conglomerado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia.

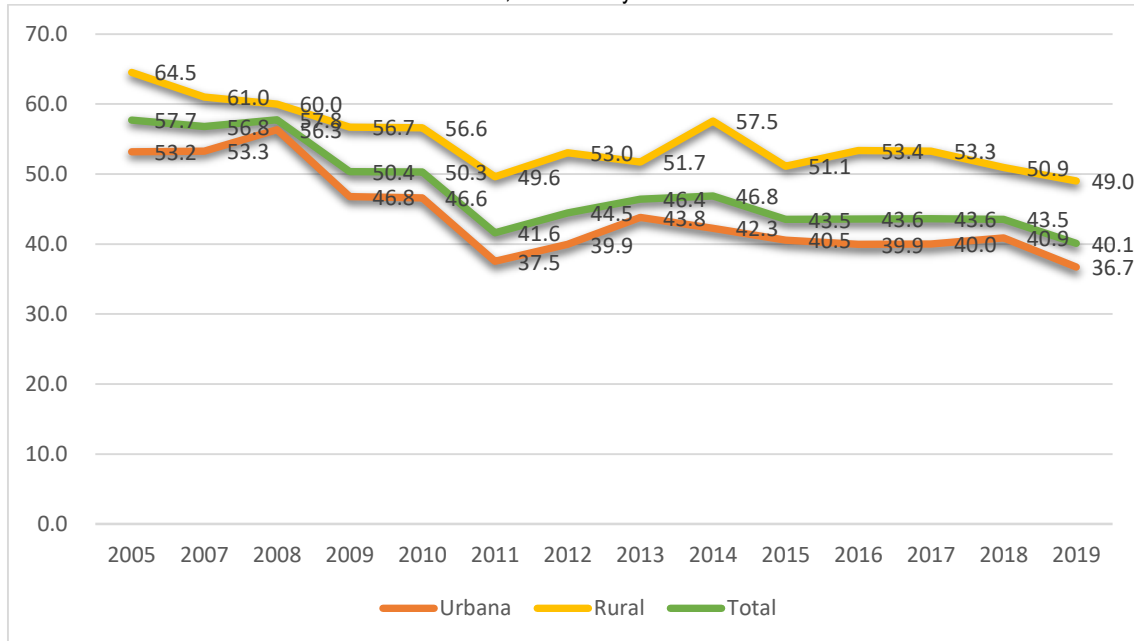
⁹⁵ OPS/OMS https://www.who.int/features/factfiles/food_safety/facts/es/index3.html

⁹⁶ http://www.digesa.minsa.gob.pe/NormasLegales/Normas/dl_1062-2.pdf

⁹⁷ https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html

En el año 2000, el porcentaje de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad que padecía anemia fue 49,6%, disminuyó hasta 30,7% en el año 2011; porcentaje que aumentó hasta en 4,9 puntos porcentuales en el año 2014 (35,6%); disminuyendo en 3,4% para el año 2019 en el que se reporta 40,1% (Figura 49).

Figura 49. Evolución de la anemia en niños y niñas menores de 6 a 59 meses según área de residencia. Perú 2000, 2004-2006,2007-2008 y 2009-2019.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

Entre las causas relacionadas a la anemia es la edad del menor, según Velázquez – Hurtado et al. (2016) identificaron que los menores de 12 meses tienen 4.4 (OR:4.4) veces probabilidad de tener Anemia que los mayores de 24 meses. 98 Esta situación sigue siendo la misma, según ENDES 2019, el grupo de 6 a 8 meses y 9 a 11 meses tienen la prevalencia más alta de anemia (58,3% - 60%) a comparación de los niños y las niñas de 24 a 35 cuya prevalencia es de 26,3%, esta situación es agravada según las regiones de mayor prevalencia de anemia llegándose a reportar más de 80% de prevalencia de Anemia en niños y niñas de 9 a 11 meses como en la región Loreto.

Esto está relacionado con la suplementación de hierro, en el año 2019, la proporción niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días (anteriores a la entrevista) fue de 34,5%, sin diferencia significativa entre el área rural y el área urbana (37,6 y 33,4%, respectivamente). Según Región natural, el porcentaje de niñas y niños que consumieron suplemento de hierro fue menor en la Selva (31,4%) en comparación con la Sierra (40,0%) que alcanzó los mayores porcentajes. Las regiones con mayor prevalencia de Anemia tienen baja cobertura de suplementación de hierro como Loreto, Puno, entre otros. Al analizar por grupo de edad, los grupos de niños y niñas de 6 a 8 meses y de 9 a 11 meses alcanzaron una cobertura de 63,3% y 57,7% respectivamente, incrementando respecto al año anterior sin embargo es necesario incrementar esta cobertura.

Se encuentran factores sociodemográficos relacionados con la pobreza como el grado de instrucción de la madre, para poder realizar un mejor análisis de las causas, se analizó los resultados de los menores tamizados con los resultados de las encuestas de sus respectivas madres, según la ENDES 2019, la prevalencia de anemia es mayor en madres sin educación o con educación primaria (50,8% – 54,9%) a

⁹⁸ Velásquez-Hurtado, José Enrique, Rodríguez, Yuleika, Gonzáles, Marco, Astete-Robilliard, Laura, Loyola-Romani, Jessica, Vigo, Walter Eduardo, Rosas-Aguirre, Ángel Martín, Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica [Internet]*. 2016;36(2):220-229. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84345718008>

diferencia de las madres con secundaria y educación superior (43,8%-31,5%), si bien es cierto el 19% de las madres de los niños y las niñas tamizados para identificar anemia, oscila entre sin grado de instrucción a solo primaria, es una realidad presente en nuestro país. Por otro lado, la edad de la madre también constituye un factor, siendo 2,2 (OR:2.2) veces más probable de que el menor tenga anemia, los resultados de la ENDES 2019 muestran que el 66,7% de los menores de 06 a 36 meses cuyas madres tienen entre 12-14 años tienen anemia, el 57,7% de los menores de 06 – 36 meses cuyas madres tienen entre 15 a 19 años, tienen anemia.

Otro factor identificado relacionado a anemia en niños y niñas de 06 a 35 meses es la presencia de anemia de la madre durante la gestación (OR: 1.8). Según la ENDES 2019, la prevalencia de anemia en gestantes es el 28,2%, y el 21.8 durante el periodo de lactancia, estas cifras incrementan según la autoidentificación étnica. El 21,1% de las mujeres de 15 a 49 años padeció de anemia, proporción mayor en 2,4 puntos porcentuales al valor reportado en el año 2013 (18,7%). Las mujeres embarazadas fueron las más afectadas (30,5%), le siguen las mujeres que tuvieron de 6 a más hijos nacidos vivos (25,8%); por área de residencia, afectó más a las mujeres del área urbana (21,2%) y a las residentes en la región Selva (22,5%).

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas en el Perú viene realizando estudios de vulnerabilidad usando la metodología VAM (Mapeo y Análisis de la Vulnerabilidad del PMA) desde el año 2000, lo que constituye un valioso aporte para mejorar la focalización y localización de intervenciones que realiza, el Estado y los organismos no gubernamentales (ONG) en favor de la población más vulnerable y que ayudará a fortalecer en todo el país, la seguridad alimentaria y nutricional. De otro lado, se podría conceptualizar que la vulnerabilidad es el nivel de exposición a factores de riesgo que afectan directamente a distintos grupos de la población. Estos factores de riesgo pueden ser; la pobreza, enfermedades, carencias en el acceso a servicios básicos de la vivienda, déficit en el acceso a la salud y educación, la recurrencia de desastres, contaminación ambiental, las pandemias como el COVID-19, entre otros; que pueden tener un impacto negativo en la seguridad alimentaria y nutricional de la población⁹⁹.

En el año 2010, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables identificó que el índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria para el país era de es 0,475, que multiplicado por la población total del país da una cifra de alrededor de 14 millones de personas que estarían expuestas al riesgo de inseguridad alimentaria.

En el año 2012, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social aplicó un nuevo instrumento de focalización, geográfica, que muestra que el índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria para el país era 0,230, asimismo que el problema de la inseguridad alimentaria se ubica principalmente en las áreas rurales del país. Los altos índices de vulnerabilidad encontrados en este estudio están significativamente asociados a los ámbitos rurales y con elevadas tasas de desnutrición crónica infantil. Los cinco departamentos con los mayores niveles de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria son Huancavelica, Cajamarca, Huánuco, Apurímac y Amazonas; en tanto que Ica, Tacna, Tumbes, Lima y Callao, son las menos vulnerables. Las cinco provincias más vulnerables son Pachitea y Yarowilca (Huánuco), Paucartambo y Chumbivilcas (Cusco) y Julcán (La Libertad) y las cinco menos vulnerables son Arequipa, Talara, Ilo, Lima y Callao.

En el año 2015 el Programa Mundial de Alimentos realizó el análisis de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y la recurrencia de fenómenos naturales, al relacionar la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y a la recurrencia de fenómenos naturales, se obtiene una estimación del riesgo a la inseguridad alimentaria (VIAFFNN). El estudio muestra que alrededor del 23% de la población del país (aproximadamente 7.1 millones de personas) vive en 919 distritos con alta vulnerabilidad (3.4 millones) o muy alta vulnerabilidad (3.7 millones) a la inseguridad alimentaria ante la recurrencia de fenómenos de origen natural.¹⁰⁰

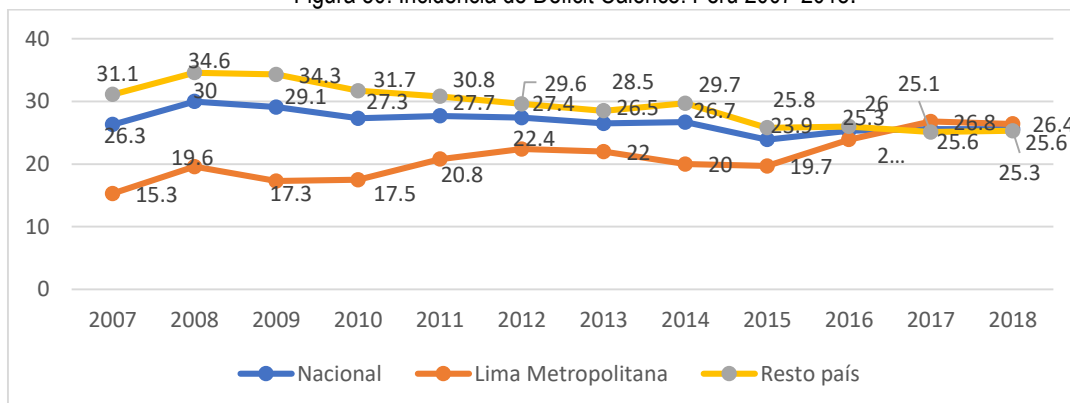
Otro indicador es el déficit calórico (Figura 50), se obtiene comparando el consumo de calorías adquiridas mediante compra, autoconsumo, pago en especie, transferencia de instituciones públicas y privadas, con

⁹⁹ MIDIS (2012). Mapa de Vulnerabilidad de Inseguridad Alimentaria.

¹⁰⁰ PMA (2015). Mapa de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria ante la recurrencia de fenómenos de origen natural.

los requerimientos calóricos de cada individuo de acuerdo con el sexo, edad, nivel de actividad física y a nivel de hogar.¹⁰¹

Figura 50. Incidencia de Déficit Calórico. Perú 2007-2018.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)

Inocuidad alimentaria

En el 2015, la OMS publicó las primeras estimaciones de la carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria: cada año, 31 peligros potenciales de transmisión alimentaria provocan 600 millones de casos de enfermedades transmitidas por alimentos, 42 000 víctimas mortales, con la pérdida de 33 millones de años de vida ajustados por discapacidad. Los menores de 5 años corren un riesgo especialmente alto, que cada año provoca 125 000 defunciones en este grupo de edad (30% de la mortalidad mundial por esta causa). En un estudio del Banco Mundial, se estimó que en el año 2018 la pérdida de la productividad relacionada con las enfermedades de transmisión alimentaria en los países de ingresos bajos y medianos ascendía a US\$ 95 200 millones anuales, y que el costo de tratar estas enfermedades era de US\$ 15 000 millones.

La falta de indicadores específicos para medir los progresos y establecer ámbitos de acción prioritarios con respecto a la inocuidad de los alimentos se considera un reto para cuantificar la magnitud de la carga de enfermedades de transmisión por alimentos y atraer las inversiones necesarias en sistemas que permitan garantizar la inocuidad de los alimentos para la población.

En general las enfermedades transmitidas por alimentos constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, donde los alimentos y el agua contaminada son fuentes importantes de transmisión de enfermedades e intoxicaciones. En el Perú, el sistema nacional de vigilancia epidemiológica permite monitorear la tendencia de las EDA (enfermedades diarreicas agudas).

La tendencia de los episodios de EDA en los últimos 16 años (2000 – 2015) muestra una tendencia lenta al descenso, con mayores episodios en las primeras semanas del año (época de verano), debido al clima que favorece la diseminación de las bacterias que las provocan; las altas temperaturas aumentan el riesgo de deshidratación.

Una de cada diez personas enferma cada año por la ingestión de alimentos contaminados y 420 000 fallecen por esta causa. Los niños y las niñas menores de cinco años corren un riesgo especialmente alto: unos 125 000 niños y niñas mueren por enfermedades de transmisión alimentaria cada año. La higiene y las buenas prácticas en la preparación de los alimentos pueden evitar la mayoría de las enfermedades transmitidas por ellos.¹⁰²

¹⁰¹ MINAGRI (2015). Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015 - 2021

¹⁰² OPS/OMS https://www.who.int/features/factfiles/food_safety/es/



Una de las disposiciones establecidas en la Ley de Inocuidad de los Alimentos, refrendada en el Reglamento de Inocuidad Agroalimentaria, relativa a la medición de resultados, es el Programa Nacional de Monitoreo de Contaminantes en Alimentos Agropecuarios Primarios y Piensos. Según los resultados¹⁰³ en el año 2018, se analizaron un total de 1,216 muestras de alimentos de origen animal y vegetal; de los cuales 955 muestras (78.54%) fueron conformes y 261 (21.46%) no conformes; es decir, reportaron residuos químicos (plaguicidas químicos de uso agrícola o medicamentos de uso veterinario), metales pesados y micotoxinas que superaron los límites máximos de residuos, no tenían LMR establecidos por el Codex Alimentarius o no están autorizados para su uso en el alimento evaluado.

Asimismo, de las 423 muestras analizadas de alimentos de origen animal, 31 muestras fueron no conformes (7.33%); en su mayoría por la presencia de metales pesados y en menor medida por residuos de medicamentos veterinarios. Por otro lado, de las 793 muestras de alimentos de origen vegetal analizadas, 230 muestras fueron no conformes (10.38%); dentro de las cuales se reportaron residuos de 230 plaguicidas que superan o no tienen LMR establecidos por el Codex Alimentarius. Finalmente, se reportaron 02 muestras no conformes con presencia de micotoxinas.

Respecto a contaminantes biológicos, se analizaron un total de 1216 muestras de alimentos de origen animal y vegetal; de las cuales 901 muestras (74.1%) fueron conformes y 315 (25.9%) no conformes; es decir, reportaron la presencia de agentes contaminantes microbiológicos que superaron los criterios establecidos en la Resolución Ministerial N° 591-2008/MINSA, "Norma sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano"., Los que resultaron con mayor número de muestras no conformes fueron: la leche cruda de bovino con 82.61%, seguida de la carne de porcino con 54.9%, carne de caprino con 51.28%, carne de ovino con 43.14%, carne de pollo con 36.36%, carne de cuy con 25%, carne de camélido sudamericano (alpaca/llama) con 24%, carne de bovino con 23.4%, miel de abeja con 22.92% y carne de pavo con 5.56%. De los 16 alimentos de origen vegetal, el más alto porcentaje de muestras no conformes fue identificado en las muestras de p  prika con 100% de muestras contaminadas, siendo los principales contaminantes Salmonella sp., Escherichia coli, levaduras y mohos, seguido por las muestras de café con 92%, siendo los principales contaminantes microbiológicos los mohos y levaduras representando el 85.11% y 82.98% de sus muestras no conformes por estos contaminantes.

Otro de los problemas identificados, según el Centro de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, es la intoxicación por plaguicidas. Entre los años 2018 y el año 2020, se presentaron 5,030 casos de intoxicación aguda por plaguicidas, concentrándose el 87.9% en 6 departamentos: Lima, Arequipa, Amazonas, Piura, Ayacucho y Ancash.¹⁰⁴

Deficit Habitacional y Hacinamiento

La Encuesta Nacional de Programas Presupuestales investiga también el problema del déficit habitacional, definido como la carencia del conjunto de requerimientos que tiene la población para contar con una vivienda digna. Estos requerimientos pueden ser la estructura material o espacial adecuada, así como también viviendas que no tengan acceso a los servicios básicos, definiéndose así los dos componentes más importantes del déficit habitacional: el componente cuantitativo y el componente cualitativo.

El componente cualitativo considera las deficiencias en la calidad de la vivienda ya sea materialidad (paredes y pisos), espacio habitable (hacinamiento) y servicios básicos (agua potable, desagüe y electricidad). Este cálculo busca determinar (identificar) aquellas viviendas que requieren ser mejoradas en cuanto a su infraestructura en los aspectos mencionados.¹⁰⁵

Uno de los factores que contribuye a la persistencia de la transmisión de tuberculosis en la comunidad es el hacinamiento, el cual es definido como la relación entre el número de personas que residen en una vivienda y el número de habitaciones en la vivienda (sin considerar baño, cocina, garajes, pasadizos). Se

¹⁰³ <http://www.senasa.gob.pe/senasa/programa-nacional-de-monitoreo/>

¹⁰⁴ https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121

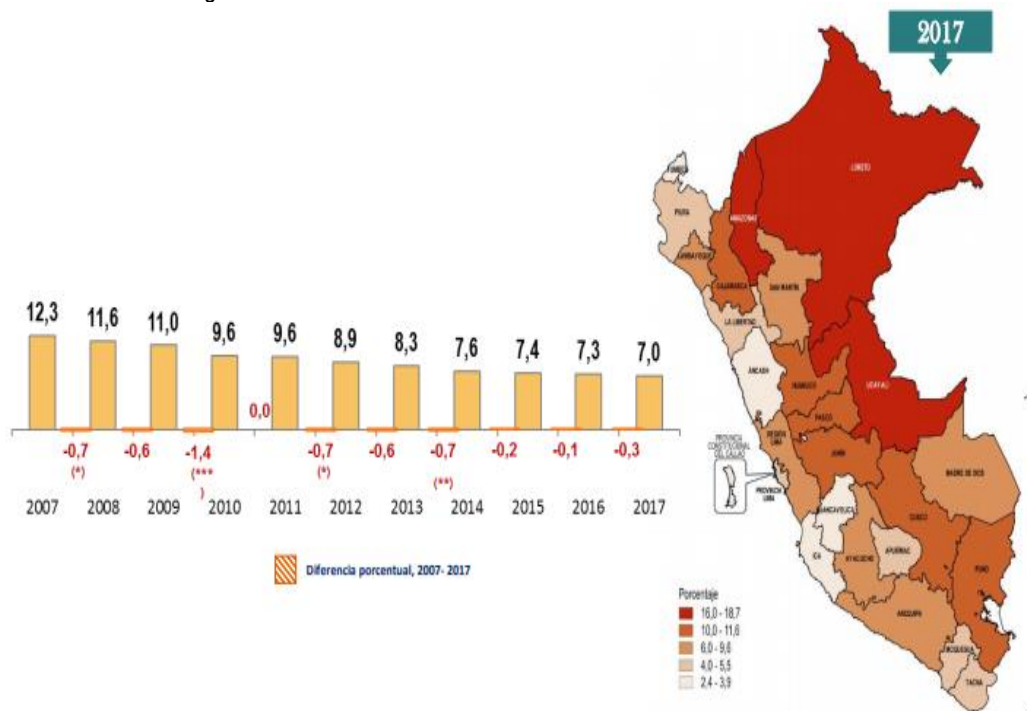
¹⁰⁵ <http://proyecto.inei.gob.pe/enapres/wp-content/uploads/2019/07/libro.pdf>

considera que una vivienda presenta esta condición cuando es habitada por tres o más personas en una habitación.

El hacinamiento es medido juntamente con las inadecuadas condiciones de la vivienda en el indicador déficit habitacional en área urbana. Una de las regiones con alta incidencia de tuberculosis es Loreto, reportando asimismo una de las proporciones más elevadas de déficit habitacional con 20%. Lima lidera en el reporte de casos de tuberculosis, asimismo contribuye con el 24% de viviendas con déficit habitacional (444,002 viviendas) según INEI, siendo el distrito de San Juan de Lurigancho quien reporta el 14% del total de lo reportado en Lima; es preciso manifestar que este distrito es el que concentra una buena proporción de casos de tuberculosis así como presenta una de las tasas más altas de tuberculosis por lo que es considerada área de alto riesgo de transmisión de tuberculosis.

En el año 2017, el 7,0% de la población del país reside en viviendas con hacinamiento. Los departamentos con mayor hacinamiento son Loreto, Ucayali y Amazonas, las dos primeras con las mayores tasas de morbilidad por Tuberculosis (Figura 51).¹⁰⁶ Para el año 2018, el porcentaje de la población en viviendas con hacinamiento disminuye a 6,3%.

Figura 51. Población en viviendas con hacinamiento. Perú 2007 -2017



Fuente: INEI - ENAHO

Hacinamiento en penales

La capacidad de albergue se refiere al aforo máximo que tiene el Sistema Penitenciario para albergar a los internos, se dice que hay sobrepoblación cuando se excede el aforo máximo. Cuando la sobrepoblación excede o es igual al 20% de la capacidad de albergue, se denomina sobrepoblación crítica, lo que el Comité Europeo para los Problemas Criminales ha entendido como hacinamiento, como se puede observar en la Tabla 46.

Al mes de mayo 2020, la diferencia entre la capacidad de albergue y la población penal es de 53,856 internos que representa el 134% de la capacidad de albergue, esto quiere decir que esta cantidad de internos no tendría cupo en el sistema penitenciario.

¹⁰⁶ http://www.midis.gob.pe/conectandofuturos/wp-content/uploads/2018/11/Javier-Herrera_Director-de-Investigaci%C3%B3n-en-el-Instituto-de-Investigaci%C3%B3n.pdf

Tabla 46. Situación Actual de la Capacidad de Albergue, Sobrepoblación y Hacinamiento Según Oficina Regional

| Nº | Oficinas Regionales | Capacidad de Albergue (C) | Población Penal (P) | % Ocupacion | Sobre Población (S=P-C) | % Sobre Población (%S) | Hacinamiento (%S ≥ 20%) |
|----------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|-------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| TOTALES | | 40,065 | 93,921 | 234% | 53,856 | 134% | SI |
| 1 | NORTE - CHICLAYO | 6,442 | 17,396 | 270% | 10,954 | 170% | SI |
| 2 | LIMA - LIMA | 17,341 | 44,244 | 255% | 26,903 | 155% | SI |
| 3 | SUR - AREQUIPA | 1,252 | 4,188 | 335% | 2,936 | 235% | SI |
| 4 | CENTRO - HUANCAYO | 2,064 | 7,032 | 341% | 4,968 | 241% | SI |
| 5 | ORIENTE - HUANUCO | 3,240 | 6,756 | 209% | 3,516 | 109% | SI |
| 6 | SUR ORIENTE - CUSCO | 2,918 | 5,815 | 199% | 2,897 | 99% | SI |
| 7 | NOR ORIENTE - SAN MARTIN | 5,352 | 5,885 | 110% | 533 | 10% | NO |
| 8 | ALTIPLANO - PUNO | 1,456 | 2,605 | 179% | 1,149 | 79% | SI |

Fuente: Oficina General Infraestructura Penitenciaria – INPE Mayo 2020.

3.2 Limitado acceso de la población a agua segura, saneamiento y otros servicios públicos

El agua es una necesidad fundamental de la humanidad. Según Naciones Unidas cada persona en la tierra requiere al menos 20 a 50 litros de agua potable limpia y segura al día para beber, cocinar y simplemente mantenerse limpios. Considera el acceso al agua limpia como un derecho básico de la humanidad, y como un paso esencial hacia un mejor estándar de vida en todo el mundo. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los sistemas de distribución deben lograr que el agua apta para consumo humano esté disponible para que las personas no tengan que desplazarse más de un kilómetro desde el sitio donde utilizarán el agua.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es el Objetivo N° 6 "Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos", en el que se reconoce la importancia central de los recursos de agua para el desarrollo sostenible y el papel vital que juega la mejora en el suministro de agua potable, saneamiento y la higiene en el progreso de otras áreas, entre las que se incluyen la salud, la educación y la disminución de la pobreza.

Según el área de residencia, el área rural tiene una brecha del 25.6% de no cobertura de agua por red pública respecto al año 2018; sin embargo, en promedio tiene una cobertura de 69.58% entre el 2013 y 2018, existiendo una brecha promedio de 30.42%. Por región natural, el análisis de la Tabla 47 nos muestra que la región Selva en el año 2018 tiene una brecha de 23.5% de no disponibilidad de agua por red pública; sin embargo, en promedio tiene una cobertura de 73.43% entre el 2013 y 2018, donde la brecha en promedio es de 26.57% de no cobertura de agua por red pública.

De acuerdo al dominio geográfico, la Costa Rural en el año 2018 presenta una brecha de 26.3% de población que no tiene acceso al agua por red pública; no obstante, en promedio entre los años 2013 y 2018 existe una cobertura de agua por red pública de 68.73%, habiendo una brecha de 31.27% de no disponibilidad de agua por red pública en la Costa rural. Asimismo, en la Sierra rural en el año 2018 existe una brecha de no cobertura de agua por red pública de 20.3%; en promedio la población tiene una cobertura de agua de 75.1% entre los años 2013 y 2018.

En la selva rural, la brecha de no cobertura de agua por red pública en el año 2018 es de 41.1% y en promedio entre los años 2013 y 2018 la cobertura de agua por red pública es de 54.37%, existiendo una brecha promedio de no cobertura de agua por red pública de 45.63%

En conclusión, la población rural en el Perú es la que tiene mayores brechas de acceso al agua por red pública y de acuerdo a la región natural, es la selva rural quien presenta mayores brechas de acceso al agua por red pública.

Tabla 47. Porcentaje de la población que dispone de agua por red pública

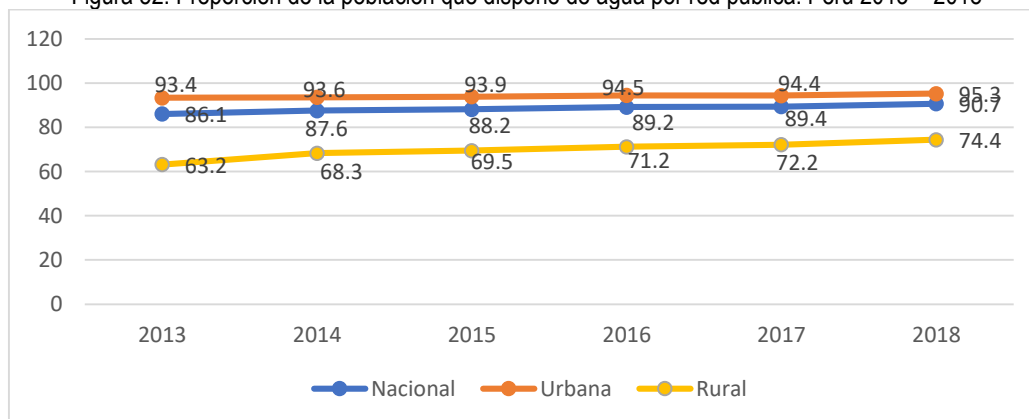
| AMBITO GEOGRÁFICO | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Brecha % 2018 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|---------------|
| NACIONAL | | | | | | | |
| Nacional | 9.3 | 87.6 | 88.2 | 89.2 | 89.4 | 90.7 | 9.3 |
| METROPOLITANA | | | | | | | |
| Lima Metropolitana | 3.4 | 95 | 95.5 | 96.7 | 95.5 | 96.6 | 3.4 |
| Resto país | 12.1 | 84.1 | 84.8 | 85.6 | 86.5 | 87.9 | 2.1 |
| ÁREA DE RESIDENCIA | | | | | | | |
| Urbana | 4.7 | 93.6 | 93.9 | 94.5 | 94.4 | 95.3 | 4.7 |
| Rural | 25.6 | 68.3 | 69.5 | 71.2 | 72.2 | 74.4 | 25.6 |
| REGIÓN NATURAL | | | | | | | |
| Costa | 5 | 92.9 | 93.4 | 94.2 | 93.9 | 95 | 5 |
| Sierra | 11.3 | 84.8 | 85.4 | 86.3 | 87.3 | 88.7 | 11.3 |
| Selva | 23.5 | 71.2 | 72.6 | 74.2 | 74.7 | 76.5 | 23.5 |
| DOMINIO GEOGRÁFICO | | | | | | | |
| Costa urbana | 4 | 94.4 | 94.6 | 95.3 | 95 | 96 | 4 |
| Costa rural | 26.3 | 63.7 | 68.7 | 71.8 | 70.7 | 73.7 | 26.3 |
| Sierra urbana | 3.4 | 95.3 | 95.7 | 95.8 | 95.9 | 96.6 | 3.4 |
| Sierra rural | 20.3 | 74.2 | 74.6 | 76.1 | 77.8 | 79.7 | 20.3 |
| Selva urbana | 12.7 | 83.9 | 84.8 | 86 | 86.7 | 87.3 | 12.7 |
| Selva rural | 41.1 | 53 | 54.5 | 56.3 | 56 | 58.9 | 41.1 |

Nota: Red pública incluye dentro o fuera de la vivienda y pilón de uso público.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2018, el 90,7% de la población dispone de agua por red pública, siendo en proporción menor (74,4%) en el área rural a diferencia del área urbana que llega hasta 95,3% (Figura 52)¹⁰⁷.

Figura 52. Proporción de la población que dispone de agua por red pública. Perú 2013 – 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares.

Nota: Red pública incluye dentro o fuera de la vivienda y pilón de uso público.

En el año 2018, las regiones que presentaron mayores brechas de cobertura de agua por red pública fueron: Loreto (43,4%), Puno (30,1%), Ucayali y Huánuco (23,9%), Tumbes (21,3%), Amazonas (14,2%), Pasco (13,3%), Madre de Dios y San Martín (12,3%), Piura (11,7%) y Cajamarca (10,3%) (Tabla 48).

¹⁰⁷ <http://ods.inei.gob.pe/ods/objetivos-de-desarrollo-sostenible/agua-limpia-y-saneamiento>

En promedio, desde el año 2013 hasta el año 2018, existen 14 regiones que presentan mayores brechas de cobertura de agua por red pública entre ellas tenemos: Loreto (45,63%), Puno (33,97%), Ucayali (29,75%), Huánuco (28,32%), Pasco (20,63%), Tumbes (17,18%), Cajamarca (15,77%), San Martín (15,62%), Amazonas (15,8%), Piura (14,78%), Madre de Dios (14,77%), Huancavelica (12,67%), Región Lima (10,97%) y Lambayeque (10,43%).

De las 26 regiones en el Perú (Incluye la Región Lima, Lima Provincias y la Provincia Constitucional del Callao), catorce regiones (53,85 %) presentan las mayores brechas en cobertura de agua por red pública.

Tabla 48. Porcentaje de la población que dispone de agua por red pública y la brecha de la población que no dispone de agua por red pública en el año 2018, por regiones

| DEPARTAMENTO | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Brecha % 2018 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|---------------|
| Amazonas | 82.9 | 83.2 | 85 | 85.1 | 87.5 | 85.8 | 14.2 |
| Áncash | 92.8 | 93.6 | 93.8 | 96.3 | 96.6 | 97.1 | 2.9 |
| Apurímac | 93.3 | 93.9 | 93.2 | 92 | 95.2 | 94.9 | 5.1 |
| Arequipa | 93.1 | 93.3 | 95.1 | 95.1 | 95.3 | 96.6 | 3.4 |
| Ayacucho | 90.2 | 90.7 | 93.2 | 95.2 | 92.8 | 95.3 | 4.7 |
| Cajamarca | 76.6 | 86.4 | 84.3 | 82.4 | 86 | 89.7 | 10.3 |
| Prov. Const. Del Callao | 96.1 | 95.1 | 95.6 | 95.8 | 96.1 | 96.8 | 3.2 |
| Cusco | 89.8 | 91.8 | 93.3 | 92.4 | 94.8 | 93.3 | 6.7 |
| Huancavelica | 83.3 | 85.2 | 88.6 | 87.4 | 89.4 | 90.1 | 9.9 |
| Huánuco | 61.4 | 70.6 | 70.6 | 75.8 | 75.6 | 76.1 | 23.9 |
| Ica | 92.3 | 91.7 | 92.7 | 92 | 92.7 | 93.3 | 6.7 |
| Junín | 87.9 | 90.5 | 91 | 91.8 | 90.7 | 92.4 | 7.6 |
| La Libertad | 87.3 | 90.8 | 90.7 | 91.6 | 91.4 | 91.9 | 8.1 |
| Lambayeque | 85.7 | 86.9 | 89.2 | 90.2 | 92.3 | 93.1 | 6.9 |
| Lima | 93.7 | 94.3 | 94.7 | 96.2 | 95 | 96.3 | 3.7 |
| Provincia de Lima | 94.6 | 95 | 95.5 | 96.8 | 95.4 | 96.6 | 3.4 |
| Región Lima | 85 | 87.8 | 87.4 | 89.7 | 90.8 | 93.5 | 6.5 |
| Loreto | 55.8 | 52.4 | 52.8 | 53.4 | 55.2 | 56.6 | 43.4 |
| Madre de Dios | 82.5 | 81.4 | 84.8 | 87 | 88 | 87.7 | 12.3 |
| Moquegua | 94.7 | 95.5 | 96.7 | 96.5 | 97 | 98.1 | 1.9 |
| Pasco | 73.6 | 76.3 | 78.6 | 78.3 | 82.7 | 86.7 | 13.3 |
| Piura | 83.2 | 85.1 | 84.5 | 84.3 | 85.9 | 88.3 | 11.7 |
| Puno | 61.9 | 65.2 | 64.6 | 67.7 | 66.9 | 69.9 | 30.1 |
| San Martín | 79.8 | 80.8 | 83.2 | 87.7 | 87.1 | 87.7 | 12.3 |
| Tacna | 94.8 | 94.9 | 96.1 | 96 | 96.1 | 97.7 | 2.3 |
| Tumbes | 83.1 | 86.6 | 84.6 | 82.8 | 81.1 | 78.7 | 21.3 |
| Ucayali | 74 | 61.2 | 68.8 | 68.6 | 72.8 | 76.1 | 23.9 |

Nota: Red pública incluye dentro o fuera de la vivienda y pilón de uso público

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES)

Se denomina agua segura al agua apta para consumo humano de acuerdo a los parámetros de calidad establecidos por el sector salud, lo que es posible por lo general, luego de un proceso de purificación, que en el caso del sector rural, se obtiene con la desinfección y cloración del agua (de a 0,5mg/l a 1,0 mg/l), que no representa un riesgo para la salud. El consumo de agua clorada aporta a la reducción de enfermedades diarreicas, anemia, desnutrición crónica infantil, y enfermedades de la piel entre otras; por tanto, este indicador al medir la proporción de familias que disponen de servicios de agua de calidad, se está evaluando la calidad de salud de la población rural especialmente la más vulnerable, menores de 5 años de edad¹⁰⁸.

A nivel nacional, en el año 2018, la población que consume agua de red pública con algún nivel de cloro aumentó en 4,2 puntos porcentuales respecto al 2017. El mismo comportamiento se manifiesta en el área de residencia urbana. En el área rural, también se tiene un incremento (2,4 puntos porcentuales), muy

¹⁰⁸ Anexo 2 del Programa Presupuestal 083. Programa Nacional de Saneamiento Rural.

significativo, de las personas que consumen agua con algún nivel de cloro, sin embargo, esto se debe a las personas que consumen agua con nivel de cloro inadecuado (Tabla 49).

Tabla 49. Población que consume agua proveniente de red pública, según área de residencia y niveles de cloro, 201-2018.

| Área de residencia/ Niveles de cloro | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Diferencia (Puntos porcentuales) | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------------|----------------|
| | | | | | | | | | | 2018/2017 | 2018/2010 |
| Nacional | 46,4 | 44,6 | 46,7 | 45,7 | 47,5 | 49,3 | 47,2 | 48,1 | 52,3 | 4,2 *** | 5,9 *** |
| Adecuado ($\geq 0,5$ mg/l) | 25,3 | 24,1 | 25,3 | 27,6 | 28,2 | 28,1 | 31,5 | 33,1 | 36,3 | 3,2 *** | 11,0 *** |
| Inadecuado ($\geq 0,1$ mg/l \wedge $< 0,5$ mg/l) | 21,1 | 20,5 | 21,3 | 18,1 | 19,3 | 21,3 | 15,8 | 15,0 | 16,0 | 1,0 | -5,1 *** |
| Urbana | 63,0 | 61,2 | 62,6 | 61,8 | 62,6 | 64,1 | 61,0 | 61,3 | 65,7 | 4,4 *** | 2,8 * |
| Adecuado ($\geq 0,5$ mg/l) | 34,7 | 33,4 | 34,5 | 37,8 | 37,7 | 37,2 | 41,1 | 42,7 | 46,5 | 3,8 *** | 11,8 *** |
| Inadecuado ($\geq 0,1$ mg/l \wedge $< 0,5$ mg/l) | 28,2 | 27,8 | 28,1 | 24,0 | 25,0 | 27,0 | 19,9 | 18,6 | 19,2 | 0,6 | -9,0 *** |
| Rural | 3,4 | 2,9 | 3,9 | 3,2 | 4,2 | 5,4 | 4,3 | 4,9 | 7,4 | 2,4 *** | 4,0 *** |
| Adecuado ($\geq 0,5$ mg/l) | 0,8 a/ | 0,5 a/ | 0,6 a/ | 0,7 a/ | 1,2 a/ | 1,0 a/ | 1,4 | 1,8 | 2,2 | 0,4 | 1,4 *** |
| Inadecuado ($\geq 0,1$ mg/l \wedge $< 0,5$ mg/l) | 2,6 | 2,4 a/ | 3,2 | 2,5 | 3,0 | 4,4 | 2,9 | 3,2 | 5,2 | 2,0 *** | 2,6 *** |

Nota 1: Los resultados son generados con los datos de la base de años puntuales (calendario).

Nota 2: Red pública, incluye agua por red pública dentro de la vivienda, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación o pilón de uso público.

a/ Los resultados son considerados referenciales porque el número de casos en la muestra para este nivel no es suficiente y representan un coeficiente de variación mayor al 15%.

* Existe diferencia significativa, con un nivel de confianza del 90%.

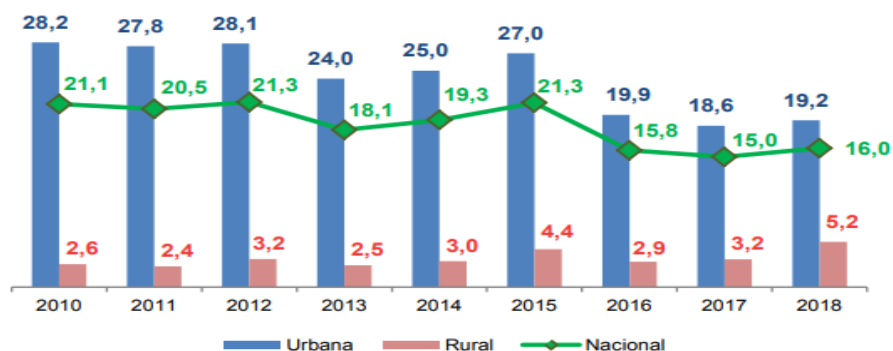
** La diferencia es altamente significativa, con un nivel de confianza del 95%.

*** La diferencia es muy altamente significativa, con un nivel de confianza del 99%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares.

La población que consume agua con nivel de cloro inadecuado mediante red pública a nivel nacional tiene una tendencia a disminuir al transcurrir los años, alcanzando un 16,0% en el año 2018. Similar comportamiento se presenta en el área de residencia urbana, donde en el año 2018 existe una mayor proporción de personas (19,2%) en comparación con el área de residencia rural (5,2%), que consume agua con nivel de cloro inadecuado (Figura 53).

Figura 53. Porcentaje de la Población que consume agua con nivel de cloro inadecuado (≥ 0.1 mg/l y < 0.5 mg/l proveniente de red pública, por área de residencia, 2010-2018)



Nota: Red pública, incluye agua por red pública dentro de la vivienda, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación o pilón de uso público.

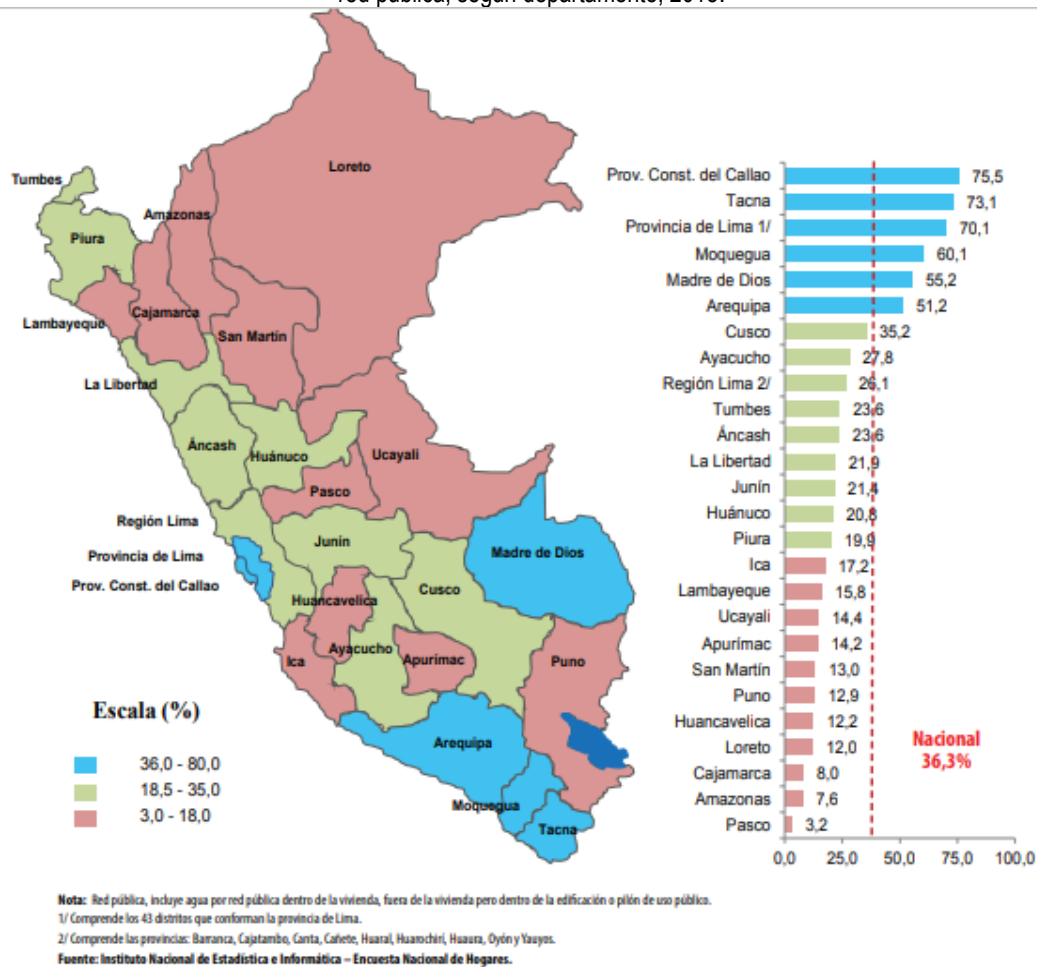
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares.

La Figura 54 muestra el consumo de agua según departamento, la mayor cobertura de personas que consumen agua con nivel de cloro adecuado mediante red pública se registró en la Provincia Constitucional del Callao con 75,5%, le sigue los departamentos de Tacna (73,1%), Provincia de Lima (70,1%), Moquegua (60,1%), Madre de Dios (55,2%) y Arequipa (51,2%). Por otro lado, los departamentos con menor cobertura



(menos del 14%) con agua con cloro adecuado fueron: San Martín, Puno, Huancavelica, Loreto, Cajamarca, Amazonas y Pasco.

Figura 54. Porcentaje de la Población que consume agua con nivel de cloro adecuado ($\geq 0,5$ mg/l) proveniente de red pública, según departamento, 2018.



El 2017 de total de regiones y el Callao; el 50% consume agua con nivel de cloro adecuado ($\geq 0,5$ mg/l). La escala del porcentaje fluctúa entre el 19-75 %. El 2018, el 58% del total de regiones consume agua con nivel de cloro adecuado ($\geq 0,5$ mg/l) proveniente de red pública. Regiones con calidad de agua inadecuada son: Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Ica, Lambayeque, Loreto, Pasco, Puno, San Martín y Ucayali (Tabla 50).

Tabla 50. Porcentaje de la Población en el Perú que consume agua con nivel de cloro adecuado ($\geq 0,5$ mg/l) proveniente de red pública, según departamento, 2017-2018.

| REGIONES | 2017 | 2018 | Puntos porcentuales |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Nacional | 32.80% | 36.30% | 0.0350 |
| Amazonas | 6.30% | 7.60% | 0.0130 |
| Áncash | 22.10% | 23.60% | 0.0150 |
| Apurímac | 7.90% | 14.20% | 0.0630 |
| Arequipa | 47.60% | 51.20% | 0.0360 |
| Ayacucho | 25.70% | 27.80% | 0.0210 |
| Cajamarca | 6.70% | 8.00% | 0.0130 |
| Prov. Const. Del Callao | 74.60% | 75.50% | 0.0090 |
| Cusco | 29.10% | 35.20% | 0.0610 |
| Huancavelica | 10.50% | 12.20% | 0.0170 |

| REGIONES | 2017 | 2018 | Puntos porcentuales | | |
|-------------------|--------|--------|---------------------|--------------|-------------|
| Huánuco | 19.40% | 20.80% | 0.0140 | | |
| Ica | 10.00% | 17.20% | 0.0720 | | |
| Junín | 21.40% | 21.40% | 0.0000 | | |
| La Libertad | 15.60% | 21.90% | 0.0630 | | |
| Lambayeque | 7.90% | 15.80% | 0.0790 | | |
| Provincia de Lima | 64.00% | 70.10% | 0.0610 | | |
| Región Lima | 25.00% | 26.10% | 0.0110 | | |
| Loreto | 10.20% | 12% | 0.0180 | | |
| Madre de Dios | 54.40% | 55.20% | 0.0080 | | |
| Moquegua | 60.60% | 60.10% | -0.0050 | | |
| Pasco | 3.40% | 3.20% | -0.0020 | | |
| Piura | 14.20% | 19.90% | 0.0570 | | |
| Puno | 10.80% | 12.90% | 0.0210 | | |
| San Martín | 15.30% | 13% | -0.0230 | | |
| Tacna | 72.70% | 73.10% | 0.0040 | Escala en pc | 47.0 – 75. |
| Tumbes | 27.00% | 23.60% | -0.0340 | | 19.0 – 30.0 |
| Ucayali | 11.00% | 14.40% | 0.0340 | | 3.0 -16.0 |

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2017-2018-INEI.

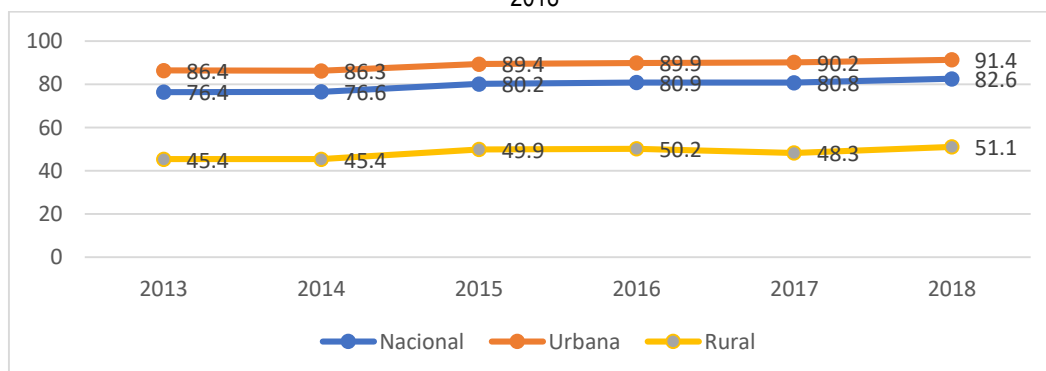
Eliminación de excretas

El uso adecuado de los servicios de eliminación de excretas, evita la propagación de parásitos intestinales (lombrices), la esquistosomiasis y el tracoma y con ello la reducción de EDAs, que generan Desnutrición Crónica Infantil y Anemia. Así también, impacta directamente en la calidad de vida de las personas, y aporta en la disminución de la contaminación ambiental.

La meta al 2030 en los ODS, es lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.

En el año 2018, a nivel nacional, el 82,6% de la población utiliza servicios de saneamiento, existiendo una diferencia entre el área rural que reporta que el 51,1% de la población accede a este tipo de servicio mientras que el área urbana llega al 91,4% (Figura 55).

Figura 55. Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos. Perú 2013 – 2018



Fuente: INEI – ENAPRES

Nota: Incluye dentro o fuera de la vivienda, letrina y pozo séptico.

Según la ENDES 2019, el 15% de menores de 36 meses que presentaron EDA los 7 días previos a la encuesta, cifra que se mantiene desde el 2014, asimismo se identificó que la proporción incrementa si el



agua que consumen no es tratada. Las regiones de San Martín, Piura, Madre de Dios, Loreto, Huancavelica, Ayacucho, Ancash, y Amazonas reportan una proporción de EDA superior al promedio nacional.

Para mejorar la cobertura y calidad del agua para consumo humano, hay una responsabilidad compartida. El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, que debe asignar recursos y transferirlos a las entidades prestadoras de los servicios de saneamiento y eventualmente a los Gobiernos regionales y Locales a fin de que ejecuten proyectos de inversión en saneamiento. Estas entidades aducen que no reciben los fondos que requieren para crear, ampliar o mejorar los servicios de saneamiento en las poblaciones que son de su responsabilidad.

Hay responsabilidad de las municipalidades distritales a través de la eficiencia de la gestión de sus EPS. De acuerdo con el informe publicado por el OTASS (Organismo Técnico de la Administración de los Servicios de Saneamiento) que efectúa, como parte de sus funciones, una evaluación de la gestión de las EPS bajo su ámbito (todas menos Sedapal y Atusa) de la evaluación efectuada a 49 EPS en Gobernabilidad y Gobernanza 2014 encontró lo siguiente:

- | | |
|--|----------|
| 1. EPS con calificación de buen desempeño: | 0 (cero) |
| 2. EPS con calificación de regular desempeño: | 9 |
| 3. EPS con calificación de bajo desempeño: | 12 |
| 4. EPS con calificación de muy bajo desempeño: | 28 |

Como se puede apreciar, los graves problemas en la gestión de las EPS son evidentes, porque presentan deficiencias en: calidad del agua potable; continuidad en la prestación del servicio (a veces se brinda el servicio sólo por horas); no dar un adecuado tratamiento a las aguas residuales; etc. Todos estos problemas redundan en una menor calidad de servicio al usuario.

3.3 Incremento de la vulnerabilidad ante emergencias y desastres, efectos de la contaminación ambiental y el cambio climático

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona que pueden vulnerar su salud.

Se denomina contaminación ambiental a la presencia en el ambiente de cualquier agente (físico, químico o biológico) o bien de una combinación de varios agentes en lugares, formas y concentraciones tales que sean o puedan ser nocivos para la salud, la seguridad o para el bienestar de la población, o a su vez, que puedan ser perjudiciales para la vida vegetal o animal, o impidan el uso normal de las propiedades y lugares de recreación y goce de los mismos.¹⁰⁹

Contaminación del aire

El Ministerio del Ambiente en su Informe Nacional sobre la Calidad del Aire 2016-2018 señaló que contar con un ambiente sano y equilibrado para el desarrollo de la vida es un derecho fundamental establecido en la Constitución Política de nuestro país. Para el MINAM (2018) los principales contaminantes o contaminantes criterio, los cuales cuentan con estándares de calidad ambiental establecidos son: monóxido de carbono (CO), dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃), material particulado con diámetro menor o igual a 10 micrómetros (PM₁₀), material particulado con diámetro menor o igual a 2,5 micrómetros (PM_{2.5}), plomo (Pb), benceno, hidrocarburos totales (HT) e hidrógeno sulfurado (H₂S).

El material particulado menor a 10 micrómetros de diámetro (PM₁₀) corresponde de uno a dos tercios de las emisiones totales de material particulado. Son pequeñas partículas sólidas o líquidas de polvo, ceniza, hollín, partículas metálicas, cemento o polen, dispersas en la atmósfera y cuyo diámetro aerodinámico es menor que 10 µm (1 micrómetro corresponde la milésima parte de 1 milímetro). Están formadas principalmente por compuestos inorgánicos como silicatos y aluminatos, metales pesados entre otros, y

¹⁰⁹ Ministerio del Ambiente, Aprende a prevenir los efectos del Mercurio, 2016, se puede consultar el texto en: <http://www.minam.gob.pe/educacion/wp-content/uploads/sites/20/2017/02/Publicaciones-1.-Texto-de-consulta-M%C3%B3dulo-1-1.pdf>

material orgánico asociado a partículas de carbono (hollín). La contaminación del aire se asocia al aumento de la morbilidad y la mortalidad, principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, infecciones respiratorias agudas, asma y a los efectos nocivos en el embarazo. El parto prematuro (menos de 37 semanas de gestación) y el bajo peso al nacer (menos de 2,500 g) se han asociado con la exposición a la contaminación del aire.¹¹⁰ Con el Decreto Supremo N° 003-2017-MINAM, se aprobaron los Estándares de Calidad Ambiental (ECA) para Aire el cual establece como valor estándar máximo 50 ug/m³. Según el monitoreo realizado por el Ministerio de Salud el año 2018 se reportó un valor elevado de PM₁₀ (Tabla 51).

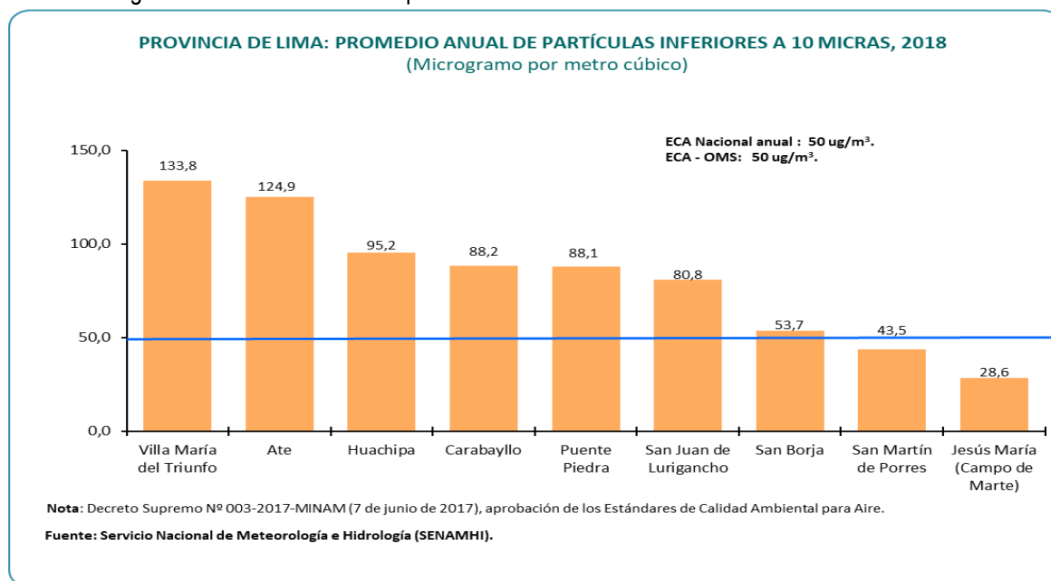
Tabla 51 . Promedio de partículas inferiores a 2.5 micras y 10 micras en el aire del Cercado de Lima

| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| DISTRITOS DE LA PROVINCIA DE LIMA | | | | | | | | | | | |
| Cercado de Lima | PM _{2.5} | 94.3 | 81 | 61.7 | - | 42.7 | 32.6 | 25 | 22.1 | 28.6 | 37 |
| | PM ₁₀ | 133.6 | 125.6 | 110.1 | 69.2 | 63.6 | 42.1 | 50.2 | 44.6 | 54.6 | 63.6 |

Fuente: Ministerio de Salud (MINSa)

En el año 2018, el promedio de partículas inferiores a 10 micras (PM₁₀) medida en 7 estaciones de monitoreo ubicadas en zonas urbanas de la provincia de Lima sobrepasaron el Estándar de Calidad Ambiental (ECA) nacional anual, 50 microgramos por metro cúbico (ug/m³), establecido por el Decreto Supremo N° 003-2017-MINAM: Villa María del Triunfo (133,8 ug/m³), Ate (124,9 ug/m³), Huachipa (95,2 ug/m³), Carabayllo (88,2 ug/m³), Puente Piedra (88,1 ug/m³), San Juan de Lurigancho (80,8 ug/m³) y San Borja (53,7 ug/m³). Mientras que, estuvo por debajo del estándar en los distritos de San Martín de Porres (43,5 ug/m³) y Jesús María (28,6 ug/m³) como lo muestra la Figura 56.

Figura 56. Promedio anual de partículas inferiores a 10 micras. Provincia de Lima 2018



Contaminación del suelo

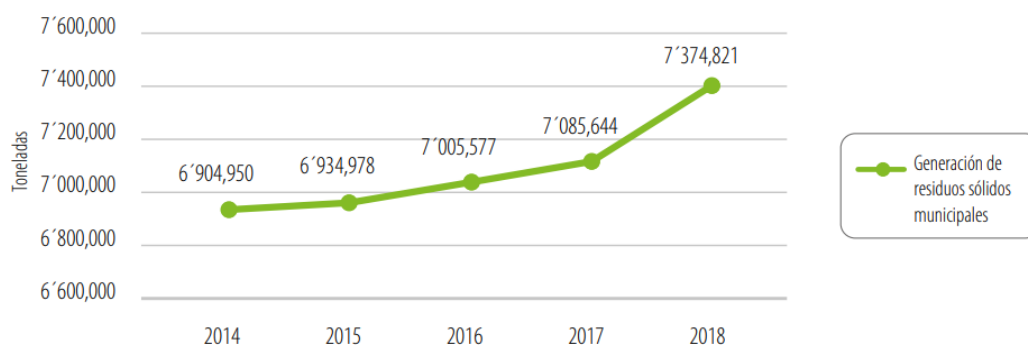
En el país la generación de residuos sólidos es uno de los indicadores más importantes para dimensionar la escala que deberán tener los distintos servicios del manejo de residuos y prever las dificultades que se encontrarán en los procesos. Su cuantía varía entre las distintas localidades de acuerdo con una serie de factores que influyen en su determinación, tales como el desarrollo económico, el nivel de ingreso, los sectores de actividad predominantes, los patrones de consumo, la cantidad de población local, el grado de urbanización y la densidad poblacional, entre otros.

¹¹⁰ INEI (2019). Boletín Ambiental

La Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, aprobada mediante el Decreto Legislativo N° 12781, define a los residuos sólidos como cualquier objeto, material, sustancia o elemento resultante del consumo o uso de un bien o servicio, del cual su poseedor se desprenda o tenga la intención u obligación de desprenderse, para priorizar su valorización y, en último caso, su disposición final.¹¹¹

Durante el quinquenio 2014-2018 como se muestra en la Figura 57, se generaron 35'305,971 toneladas de residuos sólidos municipales en todo el país, lo que equivale a 7'061,194 toneladas de residuos sólidos municipales al año; 19,346 toneladas al día; y 806 toneladas por hora.¹¹²

Figura 57. Generación de residuos sólidos municipales, 2014 – 2018. Perú 2014-2018



Fuente: MINAM

La generación de residuos sólidos puede ser de tipo orgánico o inorgánico, ya que, según La Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, los residuos sólidos son clasificados en residuos peligrosos y no peligrosos o según su gestión puede ser municipales o no municipales. Según la Encuesta Nacional de Hogares la proporción de hogares urbanos donde alguno de los miembros separa los residuos sólidos no llega ni al 80%, reportándose para el año 2019 el 55%, siendo Ucayali, Tumbes, Madre de Dios, Loreto, Lima, Lambayeque, Ica, Cusco, Callao, Apurímac y Amazonas las regiones que tienen una proporción baja, generándose prácticas inadecuadas en la disposición de los residuos sólidos. Producto de ello, se tiene que solo el 40% de los hogares a nivel nacional disponen adecuadamente todos sus residuos sólidos, siendo más bajo en la mayor parte de regiones, solo Lima Metropolitana, Cusco y Lambayeque reportan una proporción superior al promedio nacional.

Respecto a la recolección domiciliar de residuos sólidos, el promedio nacional asciende a 96.8%, siendo inferior a 90% en las regiones Tumbes, Piura, Lambayeque, y Amazonas

Las municipalidades provinciales (en lo concerniente a los distritos del cercado) y distritales, deben brindar, de manera directa o a través de una Empresa Operadora de Residuos Sólidos (EO-RS), el servicio de limpieza pública que, entre otras operaciones, comprende el barrido y limpieza de espacios públicos, almacenamiento (en espacios públicos), recolección y transporte de residuos sólidos. Cuando las municipales competentes o las EO-RS a cargo no llevan a cabo estas labores o no las realizan adecuadamente, se pueden producir los denominados “puntos críticos”. Los puntos críticos son los lugares de acumulación temporal de residuos sólidos municipales generados en vías, espacios y áreas públicas. Los puntos críticos representan un riesgo para el ambiente y la salud de la población del entorno, debido a que al encontrarse en espacios y vías públicas no solo emiten gases y efluentes que degradan, principalmente, la calidad del aire, sino también atraen a vectores, como roedores, cucarachas, moscas y mosquitos que pueden transmitir enfermedades infectocontagiosas como la hepatitis y el dengue.

El OEFA identificó el año 2019 un total de 1,075 puntos críticos (776 puntos críticos y 299 puntos críticos potenciales) en la Provincia Constitucional del Callao, Lima Metropolitana y las provincias de la Región Lima, en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal del MEF. Cuando las

¹¹¹ Anexo “Definiciones” de la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, Decreto Legislativo N° 12781

¹¹² Defensoría del Pueblo (2019). Informe Defensorial 181. A donde va nuestra basura.

municipalidades no cumplen con brindar un adecuado servicio de limpieza pública, el cual comprende el barrido, limpieza y almacenamiento en espacios públicos, la recolección, el transporte, la transferencia, valorización y disposición final de los residuos sólidos, no solo se generan los puntos críticos, sino que además se generan los denominados botaderos, los cuales según la Ley de Gestión Integral de Residuos se encuentran definidos como acumulación inapropiada de residuos en vías y espacios públicos, así como en áreas urbanas, rurales o baldías que generan riesgos sanitarios o ambientales. Estas acumulaciones existen al margen de la Ley y carecen de autorización. En dichos lugares los desechos no se compactan ni cubren diariamente. Inclusive, en algunos casos, se queman los residuos, ocasionando olores desagradables, gases y líquidos contaminantes que generan la aparición de vectores, pueden propagarse enfermedades infectocontagiosas, como la hepatitis y el dengue. Asimismo, los efluentes y gases que emiten los botaderos generan graves impactos en el ambiente, contaminando el aire, el suelo y el recurso hídrico. De esta manera, los botaderos favorecen la aparición de focos infecciosos, causando un alto riesgo para la salud de las personas, vulnerando derechos fundamentales como a la salud, la vida, a vivir en un ambiente adecuado, entre otros.

Sobre el particular, se observa que más del 80% (1,484 de 1,836) de municipalidades que recolectan los residuos sólidos en su jurisdicción, disponen todo o parte de estos en botaderos, pese a que se encuentra prohibido el abandono, vertimiento o disposición de residuos sólidos en lugares no autorizados por la autoridad competente o aquellos establecidos por ley, desde el año 2004.¹¹³

La Contraloría General de la República en marzo del 2019, presentó el informe “Por una ciudad limpia y saludable – a la prestación del servicio de limpieza pública a cargo de municipalidades” en el que ha identificado 14 riesgos relacionados al proceso de recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos; tras supervisar la labor que realizaron 697 municipalidades a nivel nacional, tamaño de muestra que representa el universo del total de municipalidades distritales. De las municipalidades estudiadas, 187 son provinciales y 510 distritales; de Lima Metropolitana se comprendieron los 43 distritos incluido el Cercado de Lima, así como la Provincia Constitucional del Callao, constituido por el Cercado del primer puerto y 6 distritos.

Según el informe el 45 % de municipalidades distritales (312 de 697) que cuentan con un Plan de Manejo de Residuos sólidos (PMRS); el 79 % de estas municipalidades distritales (248 de 312) no han coordinado con la Municipalidad Provincial para articular los instrumentos de gestión en su ámbito territorial. Por lo cual, frente a esta descoordinación entre las diversas autoridades, bajo una visión territorial, se viene impactando a la eficacia, eficiencia y sostenibilidad del servicio. Todavía un 34% (237 de 697) de municipalidades no cuentan con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos, aun cuando desde el año 2016 se cuentan con la guía para formular el Plan de Manejo de Residuos Sólidos, elaborado por el MINAM. Dadas las serias deficiencias en el manejo de los residuos sólidos, por las municipalidades, identificadas por la Contraloría General de la República, es imposible determinar el nivel de basura tratada.

La intervención del Estado, con la participación de las municipalidades distritales, está muy lejos de ser adecuado porque, según el estudio de la contraloría, el 36 % de Municipalidades (249 de 697), aún no han caracterizado los tipos de residuos que se generan en su jurisdicción; lo imposibilita planificar y programe con eficiencia la recolección y disposición final de los residuos sólidos.

A pesar que el Ministerio del Ambiente cuenta con el SIGERSOL, que es una herramienta de información para evaluar los resultados de la intervención de los diversos actores de la gestión y manejo de los residuos sólidos, el MINAM, como ente rector, no está ejerciendo una supervisión y control efectivo. El 84 % de Municipalidades (583 de 697) no han reportado en el SIGERSOL al 01 de febrero de 2019; y de estas el 63 % (es decir 370 de 583) no lo hizo porque no tienen conocimiento que deben realizar el registro en el SIGERSOL en la fecha programada.

El 32 % de Municipalidades (218 de 697), vienen presupuestando sus recursos, fuera del programa presupuestal 036 “Gestión Integral de Residuos Sólidos”; lo cual genera el riesgo que no se puedan medir

¹¹³ Defensoría del Pueblo (2019). Informe defensorial 181. A donde va nuestra basura.

los resultados esperados. Asimismo, genera el riesgo de no contar con información de manera oportuna para la toma de decisiones necesarias para mejorar el servicio brindado a la comunidad.

Existen municipalidades que reportan y tienen conocimiento del registro en el SIGERSOL, como se detalla a continuación en la Figura 58.



Por lo anteriormente expuesto, la intervención del MINAM y la gestión de las municipalidades distritales, está muy lejos de ser **suficiente** en el manejo de residuos sólidos

De información proporcionada por Osinergmin, uno de los proyectos realizados para el tratamiento de basura y su conversión en energía se puso en ejecución el año 2010 con la participación de la empresa Petramás que obtuvo la buena pro para suministrar energía eléctrica por 20 años al Estado Peruano por un total de 28 295 MWh por año, dentro del marco de la "Primera Subasta para el Suministro de Energía Eléctrica, con Recursos Energéticos Renovables (RER) al Sistema Eléctrico (SEIN)".

El proyecto está compuesto por 250 pozos de captación de biogás; un gaseoducto de más de 15 km y una moderna estación de succión y quemado automatizada.

La central genera energía eléctrica a partir de la basura, emplea el biogás generado en las plataformas del relleno sanitario Huaycoloro para la generación eléctrica, para lo cual se ha instalado una moderna estación automatizada de limpieza de biogás, una moderna central de Generación de 4,8 MW, una sala de control, una subestación de elevación de voltaje de 480V a 22 kV, una red de subtransmisión de 5,5 Km y una S.E. de recepción (Luz del Sur) para la interconexión con las redes del SEIN como la Figura 59.

La Central Termoeléctrica Huaycoloro ingresó en operación comercial el 12.11.2011 (Carta COES/DP644-2011), con una potencia efectiva de 2,4 MW; posteriormente, el 29.12.2011, mediante Carta COES/DP-847-2011 se actualizó la potencia efectiva de la C.T a 3,41 MW a partir del 06.012.2011, siendo el monto aproximado de la inversión de 10,5 MM US\$.

Figura 59. Central Térmica Biomasa Huaycoloro



Definitivamente si es posible la conversión de desechos en energía, como lo demuestra la experiencia exitosa de la Central Térmica Biomasa Huaycoloro.

Para responder como tratar los desagües para evitar la contaminación del mar, es necesario analizar lo que acontece en Lima a partir del año 2012. Debido a su vertiginoso crecimiento poblacional, Lima ha generado

volúmenes de aguas residuales que SEDAPAL con 13 plantas de tratamiento de aguas residuales y empleando tecnologías convencionales o lagunas de oxidación sólo puede tratar en un 16%, el resto va al mar.

Cuando a partir del año 2014, entran en operación la planta de Taboada, que se encarga del tratamiento de agua de 27 distritos de Lima y Callao, con una capacidad de procesamiento de 19 m³/s y la PTAR La Chira, con una capacidad de tratamiento promedio de 6,3 m³/s, reduciéndose significativamente la brecha que las 13 plantas convencionales no pudieron resolver. Ello es posible por el empleo de tecnología de punta.

Contaminación del agua

En el país existe una alta prevalencia de enfermedades diarreicas agudas, las cuales son frecuentes en la población que vive en condiciones de pobreza. El 14,4% de las niñas y niños menores de 36 meses tuvieron enfermedades diarreicas agudas y los episodios de EDA a partir de los 6 meses de edad acarrearán pérdidas importantes de micronutrientes como el hierro y el zinc. Las enfermedades infecciosas intestinales siguen estando en el tercer lugar de las causas de morbilidad en consulta externa de establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales. Recientemente, los riesgos de contaminación por metales pesados en las aguas de consumo humano vienen siendo materia de preocupación en el campo de la salud pública, en particular en las poblaciones que habitan en zonas mineras del país.

Producto de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, realizada por la Dirección General de Salud Ambiental, se puede evidenciar las concentraciones de metales y metaloides en el agua para consumo humano que exceden los Límites Máximos Permisibles establecidos en el Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. Durante el año 2019 se evidencia que, de los 102 029 Centros Poblados registrados a nivel nacional, se ha realizado el monitoreo de 8900 Centros Poblados, representado solo el 8,72%. De ellos 58 centros poblados exceden el límite máximo permisible de contenido de arsénico, 14 exceden el límite máximo permisible de Boro, 13 exceden el límite máximo permisible de Cadmio y 6 exceden en Plomo (Tabla 52).

Tabla 52. Concentraciones de metales y metaloides en el agua para consumo humano

| Descripción | Parámetros evaluados 2019 | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|-----------|------|--------|----------|-------|--------|
| | Arsénico | Antimonio | Boro | Cadmio | Mercurio | Plomo | Uranio |
| Regiones | 19 | 15 | 14 | 15 | 13 | 15 | 12 |
| CP Intervenido | 341 | 304 | 310 | 326 | 256 | 323 | 226 |
| CP cumplen el LMP | 283 | 303 | 296 | 313 | 255 | 317 | 224 |
| CP exceden el LMP | 58 | 1 | 14 | 13 | 1 | 6 | 2 |

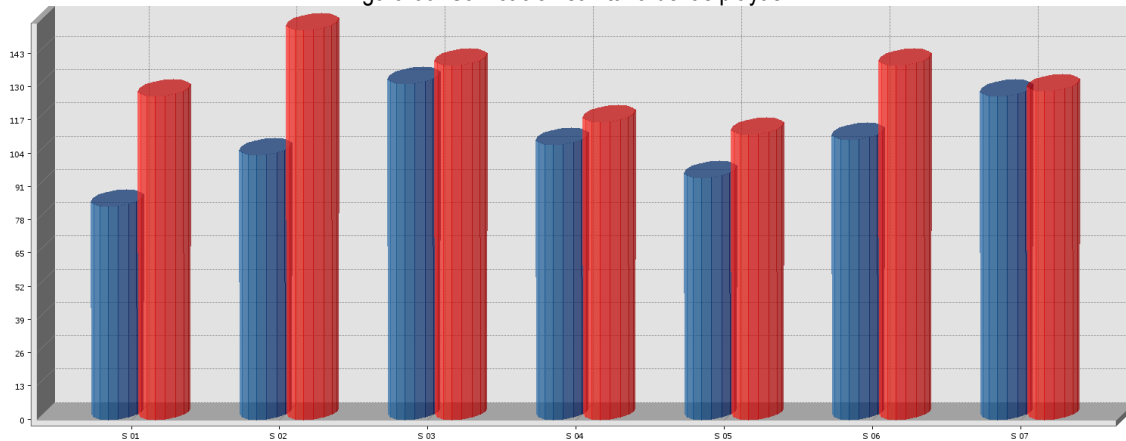
Fuente: DIGESA-Dirección de Control y Vigilancia (DCOVI)

Exposición a aguas recreacionales contaminadas

La Dirección General de Salud Ambiental realiza la vigilancia de exposición a aguas recreacionales contaminadas, la cual incluye playas y piscinas. Son tres parámetros que utiliza DIGESA en la vigilancia de playas: calidad microbiológica, calidad de limpieza y presencia de servicios higiénicos. En el año 2020 hasta la semana 07 de 254 playas, solo 126 playas se encuentran saludables. Respecto a la vigilancia de piscinas se utilizan otros parámetros: calidad microbiológica, calidad y equipamiento de instalaciones, calidad de limpieza y ordenamiento documentario; a la semana 07, de 274 piscinas vigiladas, 122 obtuvieron calificación de no saludable (Figura 60).



Figura 60. Calificación sanitaria de las playas.



Fuente: <http://veranosaludable.minsa.gob.pe/>

Calidad de suelos de uso residencial

Los estudios de calidad de suelos residenciales, en la mayor parte de los casos han obedecido a tareas dentro de mesas de trabajo multisectoriales donde se debe determinar el riesgo a la salud. Es de vital importancia evaluar **suelos de uso residencial** o donde los niños y las niñas realizan actividades recreativas, sobre todo en zonas donde existen macro emisores, o actividades industriales ya conocidas. Se cuenta con los departamentos que no cumplen con los Límite Máximo Permitido de las siguientes sustancias (Tabla 53).

Tabla 53. Departamentos que no cumplen los LMP

| DEPARTAMENTO | PARAMETROS QUE NO CUMPLEN CON LOS LMP |
|---|---|
| TUMBES –2013 y 2017 (6 Distritos) | Sodio, Hierro, Arsénico , Manganeso, Cloruro, Aluminio, Plomo y Coliformes totales . |
| HUANCAVELICA –2014 y 2017 (4 Distritos) | pH, Cloro, Turbiedad, Col. Totales , Aluminio, Hierro, y Arsénico |
| ICA – VIGILANCIA 2014 (7 Distritos) | Arsénico , Fe, Mn, Dureza, Sulfato, Col. Totales, Col. Fecales y B. Heterotróficas . |
| AYACUCHO – VIGILANCIA 2015 (3 Distritos) | Cloro, Boro, Arsénico, Organismos de Vida Libre |
| AREQUIPA – 2013 y 2017 (13 Distritos) | C. Tot, E. Coli, Org. de Vida Libre, Plomo , Sulfatos, Sodio, Arsénico , Cloruro, pH y Uranio |
| PASCO – 2015 - 2018 (3 Distritos) | Org. de Vida Libre, Coliformes totales , Coliformes fecales, organismos de vida libre, Cloro residual, Hierro, Aluminio, Plomo , Manganeso, pH y Turbiedad. |
| JUNIN 2014 (6 Distritos) | pH, Cloro, Aluminio, Arsénico, Org. de Vida Libre |
| MADRE DE DIOS 2014 (4 Distritos) | Turbiedad, Col. totales , Aluminio, Hierro, Manganeso, Org. de vida libre , Cloro, Sulfatos y Mercurio . |
| MADRE DE DIOS 2014 (4 Distritos) | Turbiedad, Col. totales , Aluminio, Hierro, Manganeso, Org. de vida libre , Cloro, Sulfatos y Mercurio . |
| APURIMAC 2016 (4 Distritos) | Hierro, Arsénico, organismos de vida libre, Coliformes , cloro residual. |
| PUNO –2013 y 2018 (15 Distritos) | C. Tot, E. Coli, Org. de Vida Libre , Sulfatos, Sodio, Arsénico, Plomo , Cloruro, pH |
| MOQUEGUA - 2015 (4 Distritos) | pH, Cloro, Col. Fecales, Col. totales , Aluminio, Turbiedad, Org. de vida libre , sulfatos, arsénico y plomo . |
| PIURA–2013 (6 Distritos) | Col. Totales , Sulfatos, Aluminio y Sodio |
| LAMBAYEQUE 2016 y 2018 (4 Distritos) | Aluminio, arsénico, plomo y Sodio |
| CAJAMARCA –2015 - 2017 (5 Distritos) | Cloro, Turbiedad, Col. Totales, Col. Fecales Aluminio, Hierro, Org. de vida Libre |
| LA LIBERTAD 2016 (4 Distritos) | Hierro y Arsénico |



| DEPARTAMENTO | PARAMETROS QUE NO CUMPLEN CON LOS LMP |
|---|---|
| ANCASH – 2015 (6 Distritos) | Cloro, Hierro, Aluminio, Manganeso, Sulfatos, Conductividad, Sólidos Disueltos, Sodio, Org. De vida Libre, Protozoos |
| LORETO –2013 y 2017 (9 Distritos) | C. Tot., OVL , Aluminio, Hierro, Manganeso, pH |
| SAN MARTIN – VIG. 2015 Y 2017 (10 Distritos) | pH, Aluminio, Hierro, Org. de vida Libre, Cl, Turbiedad |
| UCAYALI – 2014 (6 Distritos) | Org. de vida libre , Turbiedad, Hierro, Cloro, Aluminio, Col. totales, Col. Fecales |
| HUANUCO 2016 (4 Distritos) | Coliformes fecales y Organismos de vida libre |
| CUSCO 2016 (5 Distritos) | Organismos de vida libre , pH, turbiedad. |
| TACNA - 2013 (10 Distritos) | Sulfato, Aluminio, Arsénico , Dureza y Sólidos Disueltos. |
| SULLANA - 2014 (4 Distritos) | Aluminio |
| AMAZONAS – VIGILANCIA 2015 (6 Distritos) | Aluminio, Hierro |

Fuente: DIGESA-MINSA

Efectos del cambio climático – alta variabilidad climática

Riesgo de desastres

En el Perú durante los meses de abril a setiembre se producen las temperaturas más bajas a nivel nacional, que se evidencian por dos tipos de fenómenos. (1) La helada, cuando la temperatura del aire desciende a cero grados centígrados o valores menores a cero grados centígrados en zonas altoandinas (> a 3,500 m.s.n.m) alcanzando su periodo más frío en los meses de junio y julio, y (2) El friaje, que se origina por el ingreso de aire frío proveniente de la región polar generando el descenso brusco de la temperatura del aire. Por lo general afecta a los departamentos de Madre de Dios, la selva de Puno y Cusco, así como Ucayali y Loreto. En algunas ocasiones afecta también la selva de los departamentos de San Martín y Huánuco.

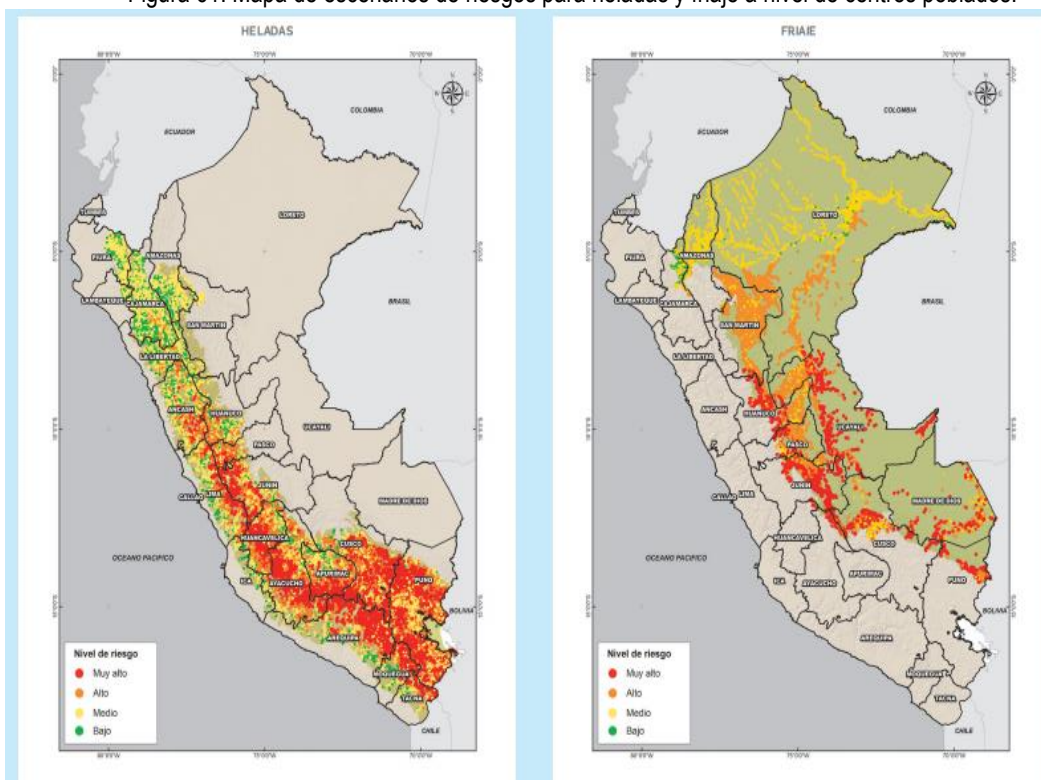
En ese sentido la población expuesta al fenómeno de heladas y friaje es alrededor de 600 mil personas viviendo en centros poblados ubicados en zonas de ocurrencia de heladas que han sido clasificados como de muy alto o alto riesgo. Asimismo, se estima que alrededor de 1.14 millones de personas viven en centros poblados ubicados en zonas de ocurrencia de friaje que han sido clasificados como de muy alto o alto riesgo.¹¹⁴ Es importante indicar que estos fenómenos también producen bajas temperatura en algunos lugares de la costa.

Como se indica anteriormente, todos los años durante la temporada de bajas temperaturas (heladas y friaje) la población de varios departamentos de las zonas Alto Andinas, así como de la Selva de nuestro país, sufren sus efectos negativos, que se manifiestan en pérdida de vidas humanas, detrimento de la salud sobre todo de niños y niñas y personas adultas mayores, paralización de los centros educativos, daños en la actividad agrícola y ganadera e infraestructura; principalmente las poblaciones que se encuentran en situación de alta vulnerabilidad, sea por su condición social (pobreza y pobreza extrema), por su edad (niños, niñas, gestantes, las personas adultas mayores) y sobre todo por su ubicación territorial que dificulta la presencia del Estado (Figura 61).

Los departamentos que concentran una mayor proporción de la población expuesta a riesgo muy alto o alto ante los **efectos de las heladas** son Puno (34.6%) y Cusco (22.3%). Los departamentos que concentran una mayor proporción de la población expuesta a riesgo muy alto o alto ante **los efectos del friaje** son Ucayali (25.9%) y Junín (19.6%). Si solo se toma en consideración la población expuesta a un riesgo muy alto en su la salud o que sus medios de vida se vean vulnerados ante los efectos de las heladas, el departamento de Puno concentra el 53.5% de esta población en riesgo. Para el caso del fenómeno de friaje, es el departamento de Junín donde se concentra el 41.4% de la población expuesta a un riesgo muy alto.

¹¹⁴ Plan Multisectorial ante Heladas y Friaje 2019 – 2021 – Decreto Supremo N°015-2019-PCM

Figura 61. Mapa de escenarios de riesgos para heladas y friaje a nivel de centros poblados.



Fuente: Plan Multisectorial ante Heladas y Friaje 2019 – 2021

Otro de los fenómenos, no menos grave son las lluvias torrenciales que comienzan cada año aproximadamente en septiembre y su mayor intensidad se registra entre diciembre y febrero. Dentro de los efectos de las lluvias se encuentran las inundaciones, movimientos de masa como los deslizamientos y huaycos, entre otros. Las inundaciones son el efecto más recurrente y de mayor impacto en el país que genera daños a la vida, así como cuantiosos daños materiales. Las erosiones producen daños en vías de comunicación y cultivos, siendo las zonas más afectadas, llanuras y tramos finales de los ríos. La mayor parte de las pérdidas por inundaciones se concentra a lo largo de la costa peruana (a excepción de los departamentos de Moquegua y Tacna, aunque el año 2019 sus ciudades fueron afectadas por huaycos), en la sierra, en los departamentos de Junín y Cusco, y en la selva en el departamento de Loreto. Además, el estancamiento de las aguas propicia la reproducción de insectos que transmiten la malaria, el dengue y otras enfermedades tropicales. De especial influencia en la gravedad de las inundaciones en Perú es la existencia de los fenómenos El Niño y La Niña, ambos fenómenos de gran complejidad. Según INDECI: “el Niño costero –que duró hasta mayo de 2017– dejó en el país casi 286 mil damnificados, 1,5 millones de afectados y 162 fallecidos. Lluvias de tal magnitud no se habían registrado en casi dos décadas”¹¹⁵

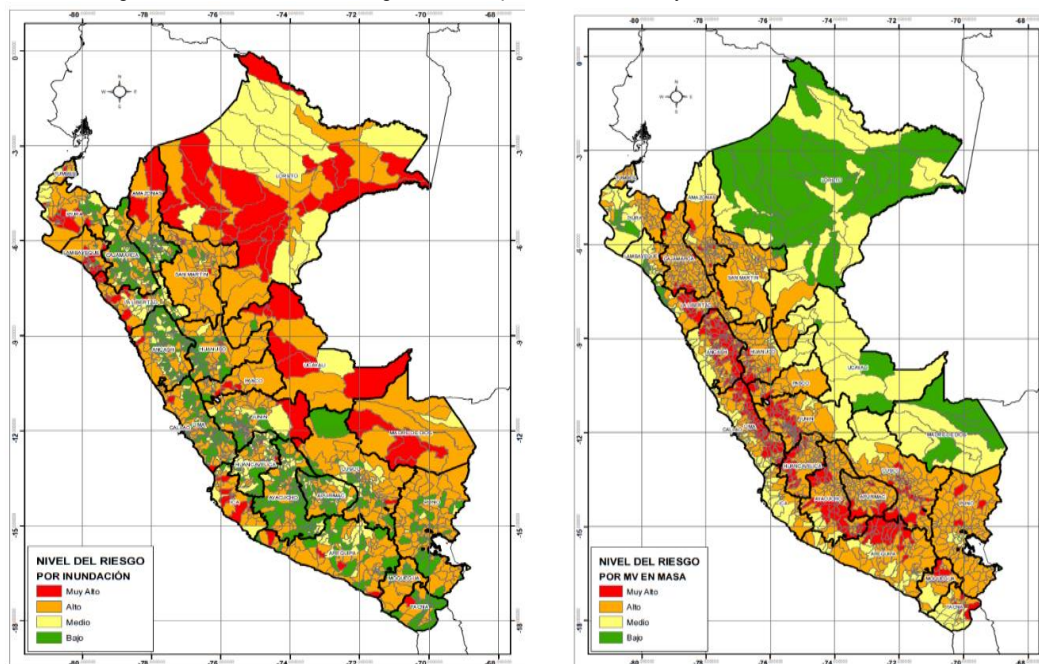
La población con riesgo muy alto por inundaciones dio como resultado un total de 2, 128,559 habitantes; distribuidos en 9 departamentos a nivel nacional (Figura 62). Asimismo, muestra 537,160 viviendas, 900 establecimientos de salud y 5,366 instituciones educativas, con riesgo muy alto. La población con riesgo muy alto por inundaciones frente al pronóstico de lluvias estimado para el verano 2020, esta se focaliza en los departamentos de Puno, Ayacucho y San Martín, que representan el 84% (1, 797,876) del total, mientras que los departamentos restantes, completan el otro 16% (330,683) para alcanzar la suma total.¹¹⁶ Por otro lado analizando las vulnerabilidades propias en salud y los daños trazadores el Ministerio de salud, elaboro un escenario de riesgo en salud por inundaciones y movimientos de masa¹¹⁷.

¹¹⁵ Análisis de situación de las emergencias y desastres en salud en la subregión andina. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue - LIMA: ORASCONHU;2019

¹¹⁶ Escenarios de riesgo por lluvias para el verano 2020

¹¹⁷ Plan de Contingencia del Ministerio de Salud frente a los efectos de las Lluvias Intensas, Inundaciones y Movimientos en masa, 2019-2020- resolución ministerial 118-2019-MINSA

Figura 62. Escenario de Riesgo en salud por Inundaciones y movimientos en masas 2019-2020



El territorio peruano es altamente sísmico; los avances en investigación científica sobre este fenómeno de origen natural nos indican que, frente a la costa peruana tenemos varias zonas de máximo acoplamiento sísmico en donde se podrían generar sismos de gran magnitud (entre 7.0 a más de 8.5 Mw), sumado a ello se tiene en el interior del país zonas de fallas geológicas que podrían generar sismos con magnitudes suficientes para generar grandes daños a la población y la infraestructura expuesta. Teniendo en cuenta que los sismos son cíclicos, se cuentan con estudios en los cuales se han determinado las intensidades que se podrían registrar en diferentes áreas del territorio (mapas de isosistas).

El impacto de este fenómeno podría generar grandes impactos principalmente sobre las principales ciudades del país incluyendo la capital, lo cual generaría grandes impactos sobre la vida y el proceso de desarrollo económico y social del país. Las ocurrencias de estos sismos también podrían generar Tsunamis que arrasarían las principales ciudades costeras del país. El 67% de la población total del país se encuentra expuesto al peligro Sísmico. El 10.5% de la población total del país se encuentra expuesto al peligro de Tsunamis.

La ocurrencia de los peligros inducidos por la Acción Humana y generados por fenómenos de Geodinámica Externa presentan el segundo y tercer mayor valor registrado de ocurrencias a nivel nacional respectivamente; en tanto la ocurrencia de los peligros generados por fenómenos de Geodinámica Interna entre los cuales se encuentran los movimientos sísmicos representan el menor valor de ocurrencias a nivel nacional, se deben tener en cuenta que, en este caso por las características propias de sus parámetros, una sola ocurrencia podría superar largamente el impacto total que generan todos los peligros juntos¹¹⁸.

También hay que tener en cuenta que hay eventos antrópicos que pueden generar una emergencia y desastres, cuando la magnitud de estos eventos pone en peligro una gran cantidad de personas, como lo que sucede con la inseguridad ciudadana y los conflictos sociales, los de enfrentamiento como guerras, terrorismo, y cualquier tipo de violencia social, También es importante reconocer que hay otros eventos fortuitos que pueden ocasionar emergencias y desastres como las explosiones, material radiactivo o riesgo biológico con probabilidad de epidemias y gran mortalidad.

¹¹⁸ CENEPRED – Escenario de riesgo Sísmico y Tsunami, para Lima Metropolitana y Provincias – 2017- (<http://dimse.cenepred.gob.pe/er/sismos/ESCENARIO-SISMO-TSUNAMI-LIMA-CALLAO.pdf>).- La población total en niveles de exposición y riesgo sísmico alto y muy alto, es de 1'869,152 habitantes. • La población residente en distritos litorales y expuestos al peligro por tsunami es de 216,222 habitantes. • Se estima un crecimiento poblacional del 13% entre el 2007 y 2015 para Lima Metropolitana, por lo tanto, se podría inferir que la población localizada en niveles de exposición y riesgo sísmico alto y muy alto sería de 2'112,141 habitantes aproximadamente en relación a los datos del 2007.

Cambio climático

Las proyecciones climáticas de precipitación y temperaturas máximas y mínimas generadas para la Tercera Comunicación Nacional de Cambio Climático del Perú (Ministerio del Ambiente – Gobierno del Perú, 2016), manifiesta que según los cambios proyectados de precipitación para el periodo 2036-2065, habrá incrementos de precipitación en el noroccidente y en la zona andina del Perú, del orden del 10-40%, mientras que en el sur se encuentran estaciones con tendencias a la reducción de esta variable, del orden del 10- 30%. Para la zona amazónica, estos cambios son bajos, del orden de +/-5%.

En cuanto a la temperatura máxima las proyecciones del 2036-2065, refieren un incremento entre 2°C y 4°C. Los mayores incrementos se darían al noroccidente, centro y suroriente del país, con aumentos superiores a los 3°C, para la temperatura mínima, los aumentos serían del orden de 4°C a 6°C., para la temperatura máxima. Los mayores incrementos se darían al noroccidente, centro y suroriente del país, con aumentos superiores a los 4°C¹¹⁹.

Las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250 000 muertes más al año, debido principalmente a casos de malnutrición, malaria, diarrea y estrés por las olas de calor. Y los costos de los daños directos para la salud (es decir, excluyendo los de los sectores clave para la salud, tales como agricultura, agua y saneamiento) se sitúa entre 2000 y 4000 millones de dólares (US\$) de aquí a 2030 (OMS, 2016). Los principales eventos climáticos que generan un impacto la temperatura y la precipitación y una mayor intensidad, duración y frecuencia de eventos extremos (sequías, lluvias intensas, olas de calor, entre otros) (OMS, 2003). Por ende, esto conllevaría a originar algunos efectos sobre la salud como se muestra en la Figura 63.



Fuente: OMS 2003.

Entre los impactos que se pueden dar se encuentran los siguientes:

- El incremento de las enfermedades respiratorias debido al incremento de las precipitaciones.
- El desplazamiento a zonas más altas de los vectores de enfermedades que se dan a menos de 1200 metros sobre el nivel del mar (dengue, malaria, etc.) ante el aumento de la temperatura.
- El aumento de la precipitación ocasiona un incremento de las inundaciones, las cuales anegan los sembradíos y acaban con la producción, lo mismo sucede con la sequía, por lo que el impacto en las familias pobres es la desnutrición.
- El exceso de lluvias llegar a contaminar los reservorios de agua, y debido a esto pueden brotar enfermedades tales como el cólera o las diarreas.

Con relación a los afectados por los fenómenos climáticos se tiene la información detallada a nivel regional del Plan Multisectorial ante heladas y friaje 2018, como lo muestra la Tabla 54.

¹¹⁹ Tendencias del Cambio Climático y su Impacto en la Salud en los Países Andinos/Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2019.



Tabla 54. Emergencia y daños personales y materiales ocasionados por heladas y friaje.

| DPTO | EMER | DAÑOS PERSONALES | | | DAÑOS MATERIALES | | | | | |
|---------------|--------------|------------------|----------------|-----------|------------------|--------------|-----------|-----------|--------------|---------------|
| | | DAMNIF | AFECT | FALLEC | VIVIENDAS | | IIEE | CCSS | HAS CULTIVO | |
| | | | | | DESTR | AFECT | AFECT | AFECT | PERD | AFECT |
| TOTAL | 1.295 | 2.376 | 845.431 | 16 | 49 | 4.133 | 77 | 14 | 7.369 | 35.769 |
| AMAZONAS | 6 | 0 | 553 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ANCASH | 12 | 61 | 152 | 4 | 8 | 43 | 1 | 0 | 30 | 38 |
| APURIMAC | 256 | 854 | 73.348 | 0 | 12 | 634 | 3 | 0 | 992 | 1.176 |
| AREQUIPA | 81 | 1.330 | 56.735 | 0 | 0 | 1.147 | 30 | 8 | 441 | 2.612 |
| AYACUCHO | 48 | 0 | 18.538 | 0 | 0 | 386 | 5 | 1 | 20 | 499 |
| CAJAMARCA | 58 | 2 | 11.002 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 306 |
| CUSCO | 195 | 43 | 241.048 | 3 | 15 | 45 | 2 | 0 | 3.939 | 18.539 |
| HUANCAVELICA | 116 | 0 | 74.057 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1.660 | 4.807 |
| HUÁNUCO | 85 | 0 | 56.876 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 158 | 4.439 |
| ICA | 7 | 0 | 2.197 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| JUNIN | 59 | 47 | 28.492 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 363 |
| LA LIBERTAD | 13 | 0 | 1.684 | 0 | 0 | 183 | 0 | 1 | 66 | 1 |
| LIMA | 78 | 0 | 16.835 | 0 | 0 | 568 | 11 | 0 | 8 | 390 |
| LORETO | 4 | 0 | 86 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MADRE DE DIOS | 8 | 0 | 869 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MOQUEGUA | 9 | 0 | 16.269 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 370 |
| PASCO | 98 | 8 | 54.486 | 0 | 0 | 34 | 1 | 0 | 30 | 0 |
| PIURA | 4 | 0 | 1.890 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PUNO | 134 | 31 | 175.085 | 3 | 9 | 1.087 | 23 | 4 | 0 | 1.910 |
| TACNA | 22 | 0 | 15.229 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 299 |
| UCAYALI | 2 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

(*): Departamentos incluidos en el PMHF 2018
Fuente : SINPAD-COEN-INDECI
Elaboración : Sub- Dirección de Aplicaciones Estadísticas del INDECI - DIPPE - INDECI

Así mismo se muestra información relacionada a las emergencias y daños ocurridos a nivel nacional durante el año 2018 (Tabla 55).

Tabla 55. Emergencia y daños personales ocasionados por emergencias ocurridas, según fenómeno.

| FENOMENO | EMER | DAÑOS PERSONALES | | | | |
|-------------------------|--------------|------------------|----------------|---------------|---------------------|------------|
| | | DAMNIFICADOS | AFECTADOS | DESAPARECIDOS | LESIONADOS/ HERIDOS | FALLECIDOS |
| TOTAL | 5.444 | 28.457 | 986.894 | 5 | 227 | 159 |
| ACTIVIDAD VOLCÁNICA | 1 | 0 | 2.400 | 0 | 0 | 0 |
| ALUD | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BAJAS TEMPERATURAS | 1.295 | 2.376 | 845.431 | 0 | 0 | 16 |
| CONTAMINACIÓN | 10 | 0 | 28.986 | 0 | 0 | 0 |
| DERRAME SUSTANC PELIGRO | 7 | 0 | 6.917 | 0 | 0 | 0 |
| DERRUMBE DE CERRO | 85 | 69 | 885 | 0 | 1 | 1 |
| DESGLIZAMIENTO | 223 | 925 | 2.298 | 2 | 5 | 11 |
| EPIDEMIAS | 3 | 0 | 3.522 | 0 | 0 | 0 |
| EROSIÓN | 26 | 388 | 1.189 | 0 | 1 | 0 |
| EXPLOSIÓN | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| HUAYCO | 54 | 290 | 509 | 0 | 0 | 0 |
| INCENDIO FORESTAL | 248 | 124 | 1.508 | 0 | 8 | 3 |
| INCENDIO URB. E INDUST. | 1.086 | 5.553 | 1.499 | 0 | 28 | 41 |
| INUNDACIÓN | 165 | 1.416 | 12.020 | 0 | 0 | 0 |
| LLUVIA INTENSA | 1.230 | 9.689 | 57.196 | 2 | 23 | 14 |
| MAREJADA | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PLAGAS | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SEQUÍA | 315 | 0 | 1.045 | 0 | 0 | 0 |
| SISMO | 66 | 4.749 | 12.384 | 0 | 95 | 2 |
| TORMENTA ELÉCTRICA | 27 | 7 | 221 | 0 | 7 | 7 |
| VIENTOS FUERTES | 528 | 2.550 | 8.368 | 1 | 5 | 1 |
| OTROS | 64 | 321 | 516 | 0 | 50 | 63 |

Fuente : SINPAD-COEN-INDECI

Así mismo se muestra información relacionada a las emergencias y daños ocurridos a nivel nacional los asociados a bajas temperaturas (Tabla 56).

Tabla 56. Emergencia y daños personales y materiales ocasionados por tipo de fenómeno asociado a bajas temperaturas.

| TIPO FENÓMENO | EMER | DAÑOS PERSONALES | | | DAÑOS MATERIALES | | | | | |
|---------------------------|--------------|------------------|----------------|-----------|------------------|--------------|-----------|-----------|--------------|---------------|
| | | DAMNIF | AFECT | FALLEC | VIVIENDAS | | IIEE | CCSS | HAS CULTIVO | |
| | | | | | DESTR | AFECT | AFECT | AFECT | PERD | AFECT |
| TOTAL NACIONAL | 1.295 | 2.376 | 845.431 | 16 | 49 | 4.133 | 77 | 14 | 7.369 | 35.769 |
| DESCENSO DE TEMPERATURA | 130 | 0 | 66.241 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 145 |
| FRIAJE | 66 | 0 | 33.212 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HELADA | 631 | 8 | 433.958 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 5.873 | 20.780 |
| PRECIPITACIONES - GRANIZO | 168 | 975 | 8.962 | 0 | 26 | 1.080 | 23 | 2 | 1.326 | 5.197 |
| PRECIPITACIONES - NEVADA | 300 | 1.393 | 303.058 | 4 | 17 | 3.053 | 53 | 12 | 167 | 9.647 |

IIEE: INSTITUCIONES EDUCATIVAS

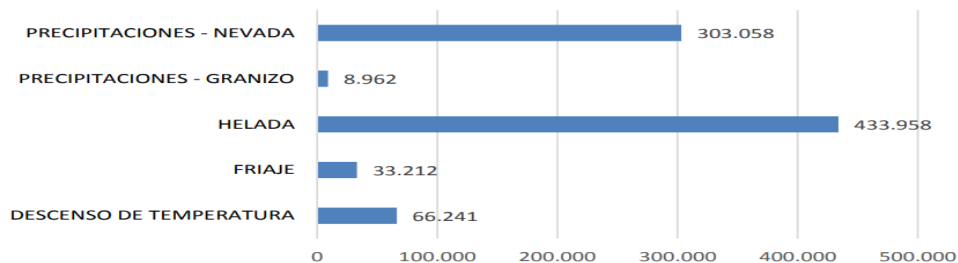
CCSS: CENTROS DE SALUD

Fuente : SINPAD-COEN-INDECI

Elaboración : Sub- Dirección de Aplicaciones Estadísticas del INDECI - DIPPE - INDECI

Así, de los eventos asociados a bajas temperatura, la helada y las precipitaciones – nevada, son lo eventos que afectan a más población (Figura 64).

Figura 64. Personas afectadas a nivel nacional por fenómenos asociados a bajas temperaturas, 2018



Acciones preventivas ante posible friaje y heladas

Desde el Ministerio de Agricultura y Riego, se cuenta con el Programa de protección de 235 000 alpacas y ovinos ante heladas con implementación de cobertizos. El MINAGRI, a través de Agro Rural, cuenta con un avance del más de 90 % en la ejecución de 2353 módulos de resguardo en las áreas rurales de 76 distritos de Apurímac (95), Arequipa (560), Ayacucho (45), Cusco (525), Huancavelica (95), Junín (10), Moquegua (132), Pasco (120), Puno (693) y Tacna (78). El padrón de beneficiarios fue elaborado y validado con la participación de las autoridades, líderes comunales y familias locales, siendo la población ganadera priorizada las hembras con crías, hembras gestantes y animales en tratamiento sanitario.

Fitotoldos: Mejora de la alimentación en zonas altoandinas

Un monto estimado en S/2 813 200 fue destinado a la implementación de 1082 fitotoldos en las zonas altoandinas de 17 departamentos del país con el objetivo de promover la producción de cultivos como hortalizas, frutales y otras provenientes las zonas bajas o de difícil manejo durante las heladas.

Esta intervención se desarrolló en Amazonas, Áncash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Moquegua, Pasco, Piura, Puno y Tacna. Se benefician a más de 5400 pobladores dedicados a la agricultura familiar en las zonas altoandinas del país. Los fitotoldos les permitirán el control de las condiciones medioambientales (temperatura, humedad relativa, luminosidad) para complementar la dieta alimenticia.

Desde el Ministerio de Desarrollo e inclusión Social, se cuenta con el Proyecto Mi Abrigo es una intervención de FONCODES para el acondicionamiento de viviendas rurales en zonas de riesgo alto y muy alto frente a las heladas, con la finalidad de disminuir la vulnerabilidad de las personas que viven en pobreza y pobreza extrema expuestas al fenómeno de heladas. El Programa consiste en la ejecución del acondicionamiento de las viviendas en hogares vulnerables ante las heladas con el propósito de contrarrestar los efectos adversos de las bajas temperaturas (por debajo de 0° C), para proteger especialmente a los niños y las

niñas y las personas adultas mayores de las zonas rurales altoandinas (mayores a 3500 msnm), para lo cual se aplican tres tecnologías:

Las zonas priorizadas para la intervención fueron los departamentos de Apurímac, Cusco y Puno, interviniéndose en 6 provincias de 12 distritos con 1146 viviendas, a un costo promedio de S/ 9,000 por vivienda. A la fecha se encuentran concluidas.

En 2017, se cumplió con acondicionar 1,146 viviendas y se construyeron 922 cocinas mejoradas a leña certificadas por SENCICO; la cantidad de cocinas no es igual a la de viviendas porque en algunas viviendas no se requeriría cocinas mejoradas porque ya disponían de una cocina adecuada, según el diagnóstico efectuado por los proyectistas. Las zonas priorizadas para la intervención fueron los departamentos de Apurímac, Cusco y Puno, interviniéndose en 6 provincias de 12 distritos con 1146 viviendas, a un costo promedio de S/ 9,000 por vivienda. A la fecha se encuentran concluidas. Se otorgaron S/ 10 334,060 para la ejecución del programa Mi Abrigo, primera etapa, distribuidos de la siguiente manera: Costo de Proyectos (S/ 9 243,107), Estudios para la evaluación de Impacto (S/ 589,250), Costo operativo de FONCODES (S/ 501,703).

Las zonas priorizadas para la segunda etapa fueron los departamentos de Arequipa, Huancavelica, Moquegua y Tacna, interviniéndose en 10 provincias de 18 distritos con 1063 viviendas. Cabe señalar que debido a que los departamentos priorizados se encontraban en zonas de alta presencia sísmica se reforzaron las viviendas, por lo cual el costo promedio fue de S/ 10,500 x vivienda. Se otorgaron S/ 11 778,000 para la ejecución del programa.

En el 2018, se implementó "Mi Abrigo 3", culminándose la ejecución de las actividades de acondicionamiento de las viviendas, considerándose los departamentos de Ayacucho, Huánuco, Ancash, Junín, Pasco, y posteriormente incluyendo a Apurímac, interviniéndose en 12 provincias de 14 distritos con 1081 viviendas en 36 Centros Poblados, de acuerdo con el detalle del siguiente Tabla 57:

Tabla 57. Implementación del Programa Mi Abrigo.

| ETAPA | DEPARTAMENTO | N° PROYECTOS | IMPORTE APROBADO FONCODES S/ | HOGARES / VIVIENDAS |
|------------------------|---------------|--------------|------------------------------|---------------------|
| PROYECTOS CULMINADOS | AYACUCHO | 8 | 4,527,171 | 410 |
| | HUANUCO | 2 | 867,282 | 100 |
| | ANCASH | 2 | 1,132,690 | 91 |
| | JUNIN | 5 | 2,450,894 | 250 |
| | PASCO | 3 | 1,355,847 | 139 |
| PROYECTOS EN EJECUCION | AYACUCHO (*) | 1 | 380,000 | 35 |
| | APURIMAC (**) | 1 | 988,500 | 56 |
| Total, General | | 22 | 11,702,384 | 1081 |

(*Corresponde a la intervención en 6 localidades del distrito de Chaca, provincia de Huanta, departamento de Ayacucho, cuya intervención se inició en el mes de febrero 2019

(**) Corresponde a la intervención en 56 viviendas en la localidad de Antuyo, distrito de Tambobamba, provincia de Cotabambas, Apurímac, cuya intervención se inició en el mes de febrero 2019.

Las metas de aprobación se cumplieron en un 103% y 120% en el monto y familias a atender, respectivamente, con la intervención de Mi Abrigo 2018 (Tabla 58).

Tabla 58. Indicador del Programa Mi Abrigo.

| Programa | DE APROBACION | | | APROBADOS | | | | Indicadores | |
|-----------------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | PIA S/. | Cantidad de Proyectos | Cantidad de Familias | PIM S/. | Monto devengado S/. | Cantidad de Proyectos aprobados | Cantidad de Familias a atender | índice de monto aprobado | índice de familias a atender |
| MI ABRIGO 2018 | 11,500,000 | 20 | 900 | 11,902,896 | 11,883,039 | 22 | 1,081 | 103.3% | 120.1% |



En el 2019, las metas físicas a ser ejecutadas con recursos trasferidos por el MVCS están previstas para el acondicionamiento de 3,055 viviendas en heladas como lo detalla la Tabla 59.

Tabla 59. N° Viviendas beneficiarias del Programa Mi Abrigo, 2019.

| UNIDAD TERRITORIAL | N° DE VIVIENDAS |
|----------------------|-----------------|
| ABANCAY | 280 |
| AREQUIPA | 408 |
| AYACUCHO | 136 |
| CERRO DE PASCO | 172 |
| CUSCO | 750 |
| HUANCAVELICA | 306 |
| HUANUCO | 32 |
| HUARAZ | 34 |
| ICA | 102 |
| LIMA | 81 |
| MOQUEGUA | 195 |
| PUNO | 519 |
| TACNA | 40 |
| TOTAL GENERAL | 3,055 |

Con recursos del presupuesto de apertura en la categoría presupuestal de APNOP por el monto de S/ 11'090,746.00 se consideran 295 viviendas en zona de heladas y 411 viviendas en zonas de friaje, según la Tabla 60.

Tabla 60. N° Acondicionamiento de viviendas según Departamento, 2019.

| DEPARTAMENTO | PROVINCIA | DISTRITO | Acondicionamiento de Viviendas | |
|---------------|-------------|---------------|--------------------------------|------------|
| | | | HELADAS | FRIAJE |
| APURIMAC | COTABAMBAS | COTABAMBAS | 53 | |
| HUANCAVELICA | ANGARAES | HUANCA-HUANCA | 45 | |
| JUNIN | CHUPACA | AHUAC | 63 | |
| PUNO | YUNGUYO | YUNGUYO | 160 | |
| JUNIN | CHANCHAMAYO | PERENE | | 36 |
| JUNIN | SATIPO | LLAYLLA | | 81 |
| JUNIN | SATIPO | PAMPA HERMOSA | | 53 |
| UCAYALI | PURUS | PURUS | | 121 |
| MADRE DE DIOS | MANU | FITZCARRALD | | 109 |
| | | | 321 | 400 |

Metas en zona de heladas

- Acondicionamiento de 3,376 viviendas e instalación de la misma cantidad de cocinas mejoradas adecuadas a las características de la zona, que consolida tanto el presupuesto propio como el de fondos transferidos por el MVCS.
- Capacitación a 3,376 hogares usuarios para el uso y mantenimiento de las tecnologías.

Metas en zona de friaje

- Acondicionamiento de 400 viviendas saludables e instalación de la misma cantidad de cocinas mejoradas adecuadas a las características de la zona.
- Capacitación a 400 hogares usuarios para el uso y mantenimiento de las tecnologías.

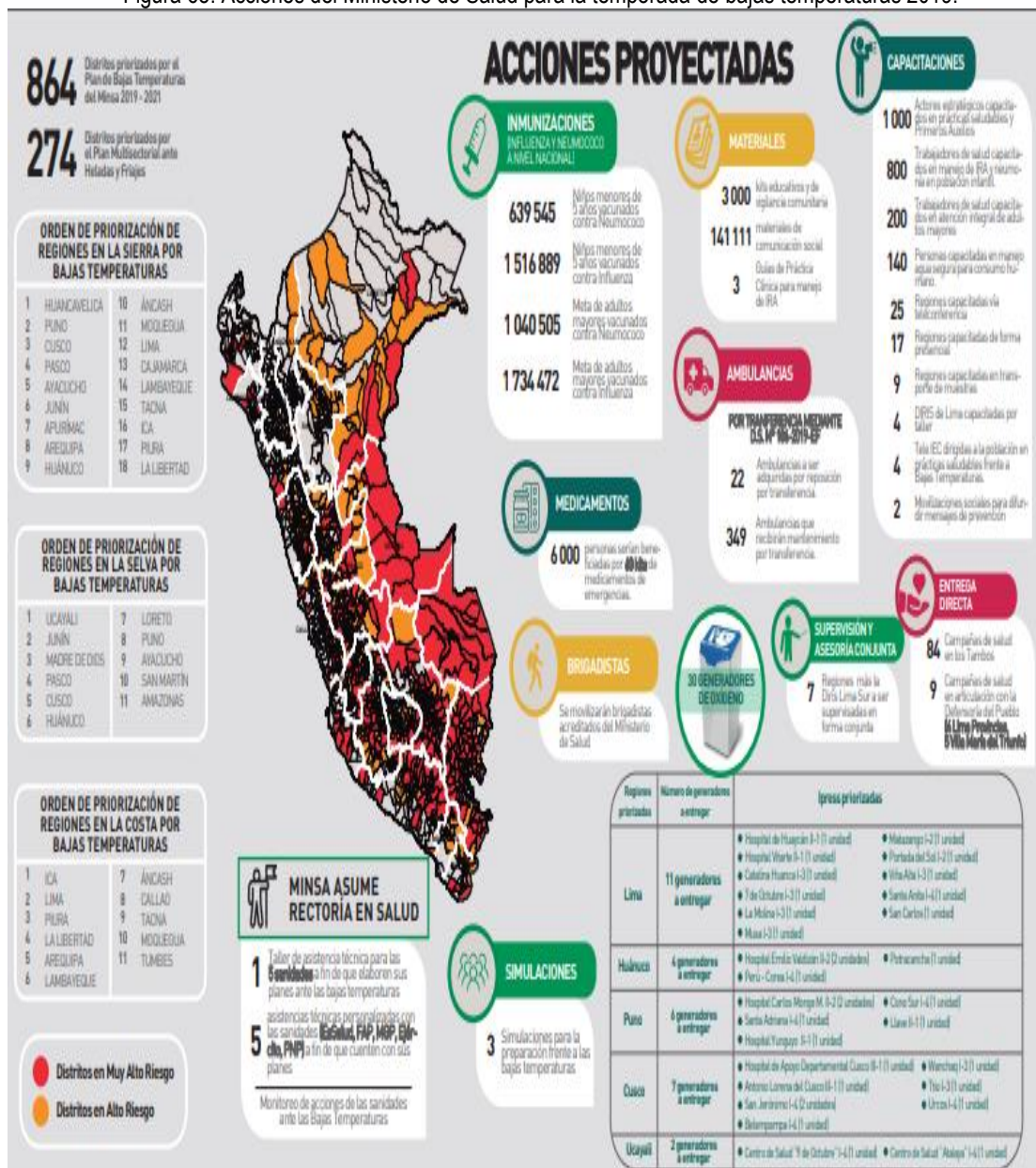
El presupuesto asignado mediante el Decreto Supremo 072-2019-EF, permite intervenir hasta en 2,914 viviendas, sin embargo, solo podemos intervenir en los distritos considerados en el DS 042-2019-EF hasta en 2,267 viviendas por la tecnología empleada, por ello se está tramitando una modificatoria al DS 042-2019-EF, que permita intervenir en distritos contiguos que no estén dentro del anexo N° 01 del precitado DS, con la mencionada modificatoria, podremos llegar a la meta prevista. Actualmente, estamos avanzando la ejecución de las 2,267 viviendas y tenemos el compromiso de concluir la ejecución física en julio; el resto de las viviendas que se podrían incorporar una vez que se apruebe la modificatoria del DS 042-2019-EF, se culminarían en su ejecución física en el mes de setiembre.

El Ministerio de Salud viene participando en la implementación del Plan Multisectorial ante Heladas y Friaje 2019 – 2021, por lo que ha identificado más de 800 distritos en los que podrían registrarse estos eventos para el periodo comprendido entre el 14 de abril al 5 de octubre. A través de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD), el Minsa trabaja en base a 12 líneas de acción que permiten orientar las acciones de prevención y reducción del riesgo ante las bajas temperaturas, así como acciones de preparación y respuesta frente a posibles emergencias y desastres por este evento, a través del Plan de Bajas Temperaturas del Ministerio de Salud.

Dentro de las acciones de prevención, actualmente se vienen realizando las inmunizaciones contra el neumococo con énfasis en la población infantil y adulta mayor. En relación con las acciones de reducción de enfermedades, también se capacita al personal de salud en el diagnóstico y manejo de las infecciones respiratorias agudas tanto en la población infantil como adulta mayor. Asimismo, se refuerzan las capacidades de los actores estratégicos de las localidades priorizadas (agentes comunitarios, bomberos, serenazgo, fuerzas armadas, Policía Nacional del Perú, etc.) en temas relacionados a las prácticas y entornos saludables en la comunidad; así como la oportuna detección de los signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y primeros auxilios.

Por otro lado, el MINSA, a través de la DIGERD, cuenta con brigadistas, personal de salud y kits de medicamentos de emergencias para la atención de la población frente a emergencias por bajas temperaturas. Es importante precisar que las acciones a desarrollar por el sector salud tienen especial énfasis a la población menor de 5 años y mayores de 60 años de las localidades priorizadas pertenecientes a las regiones de Huancavelica, Puno, Cusco, Ucayali, Junín, Madre de Dios, entre otras (Figura 65).

Figura 65. Acciones del Ministerio de Salud para la temporada de bajas temperaturas 2019.



3.4 Existencia de servicios y bienes informales e ilegales que generan riesgos en la salud

El sector informal está constituido por el conjunto de empresas, trabajadores y actividades que operan fuera de los marcos legales y normativos que rigen la actividad económica. La informalidad en el Perú muestra niveles alarmantes¹²⁰ (el 60% de nuestro Producto Bruto Interno (PBI) es generado por la economía informal, 75% de nuestra Población Económicamente Activa (PEA) tiene un empleo informal, 40% de nuestra fuerza laboral está auto-empleada en microempresas informales y el 90 % de las empresas peruanas son informales), es también motivo de preocupación porque refleja una ineficiente asignación de recursos y una ineficiente utilización de los servicios del estado. Su causa no es única y es producto de la combinación de servicios públicos deficientes, de un régimen normativo opresivo y de la débil capacidad de supervisión y ejecución del estado¹²¹.

SUSALUD ha detectado que en el país hay 60,000 establecimientos de salud informales, incluyendo farmacias, número que triplica al de los formales. La Población Económicamente Activa (PEA) del sector salud está compuesta por 367,000 trabajadores de los cuales un tercio son informales (más de 112,000 personas). Más sorprendente aún es constatar que el 75% de estos trabajadores informales laboran en establecimientos de salud formales y un tercio son médicos y odontólogos. En el sector privado formal se encuentra el 90% de los trabajadores de la salud informales.

La informalidad en otros sectores afecta o pone en riesgo también la salud de la población. Así, por ejemplo, las quemaduras más frecuentes en los niños y las niñas son las producidas por líquidos calientes, en segundo lugar, se encuentran las producidas por pólvora de fuegos artificiales¹²²; pese a que está reglamentada la venta y el uso de los fuegos artificiales, no hay control del cumplimiento de esta normativa¹²³. Es frecuente la venta informal de productos de pirotecnia y su uso por parte de menores con o sin la supervisión de las personas adultas.

Asimismo, se tiene alimentos industrializados nacionales e importados sin certificación sanitaria, juguetes y útiles de escritorio sin autorización sanitaria, plaguicida de uso agrícola sin registro, plaguicidas y desinfectantes de uso doméstico, industrial y de salud pública sin autorización sanitaria, sumándose a esto el contrabando. A setiembre de 2018, los alimentos con Registro Sanitario que proceden de establecimientos que cuentan con algún sistema de control sanitario implementado y certificado por la DIGESA es sólo del 10% (1500 productos aproximadamente de 14511 con RS).

Según la OMS, el mercado de medicinas ilegales moviliza alrededor del 10.5% del mercado farmacéutico que en el Perú y equivaldría a US\$150 millones. El mercado de medicinas ilegales movería alrededor de 150 millones de dólares en el Perú, lo que representa, aproximadamente, el 10.5% del mercado farmacéutico formal valorizado en unos 1,500 millones de dólares o 5,000 millones de soles, aproximadamente.

La investigación "Medicamentos ilegales en el Perú: Diagnóstico de la situación y recomendaciones de política", un estudio de Videnza Consultores, encargado por Anacab (Asociación Nacional de Cadena de Boticas), reconoce, además, que el comercio de medicinas ilegales genera graves daños en la salud, pérdidas económicas para las y los pacientes y el erario público, así como evasión tributaria.

Medina (2017) realizó un análisis de las 799 alertas que DIGEMID emitió entre 1997 y 2016, de las cuales el 45.18% (361) fueron sobre medicamentos y se asociaron a 1921 casos de falsificaciones¹⁹. De estos, 1218 casos fueron no duplicados respecto al producto y lote, por lo que se tomaron para un análisis sobre la forma y grupo terapéutico, así como el tipo de falsificación encontrada. Con los casos duplicados se

¹²⁰ Los indicadores referidos a la actividad informal en general son: 1) El índice de Schneider sobre la economía subterránea; 2) El índice de libertad económica elaborado por The Heritage Foundation; 3) Prevalencia del autoempleo y 4) La falta de cobertura del sistema de pensiones. Cada indicador tiene sus propias limitaciones conceptuales y estadísticas como variable representativa de la informalidad, pero en conjunto permiten una aproximación sólida al tema

¹²¹ Causas y consecuencias de la informalidad en el Perú. Norman Loayza

¹²² Más M, Piñeiro S, Chaibun ME, Martínez J, Gamino P, Benech E, et al. Epidemiología de las lesiones e injurias: ¿es posible conocer las características de las mismas en Uruguay en la edad pediátrica? En: XI Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica. Octubre 2012, Montevideo, Uruguay.

¹²³ Dirección Nacional de Bomberos. Normativa vigente: Decreto 584/990. Disponible en: <http://www.bomberos.gub.uy/Normativa%20Vigente/decreto%20584.pdf> [Consulta: 6 noviembre 2013].

analizó el impacto de las alertas, ya que permite analizar la permanencia de los productos y lotes falsificados a través del tiempo.

A continuación, se presentan una serie de cuadros que muestran los resultados de este estudio para los 1921 casos de medicamentos falsificados del periodo de análisis. Como se puede observar, la mayor parte fue localizada en establecimientos farmacéuticos (55,13%), especialmente en boticas (Tabla 61).

Tabla 61. Tipos de establecimientos con tenencia o venta de medicamentos falsificados

| Tipo de establecimiento | Total | % |
|-------------------------|-------------|----------------|
| Farmacéutico | 1059 | 55.13% |
| Farmacia | 132 | 6.87% |
| Botica | 896 | 46.64% |
| Botiquín | 5 | 0.26% |
| Distribuidora | 23 | 1.20% |
| Laboratorio | 3 | 0.16% |
| No farmacéutico | 433 | 22.54% |
| Informal | 162 | 8.43% |
| Laboratorio clandestino | 14 | 0.73% |
| Sin información | 253 | 13.17% |
| TOTAL | 1921 | 100.00% |

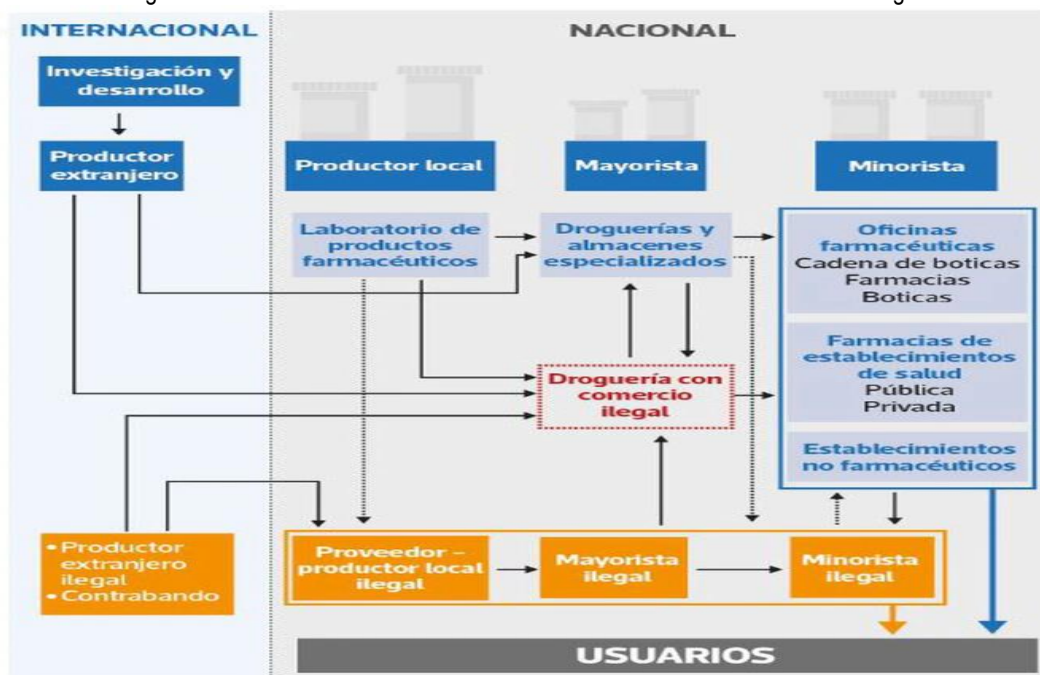
Fuente: Medina (2017)
Elaboración: VIDENZA Consultores.

En el Perú, los medicamentos ilegales son clasificados como tal cuando son falsificados, adulterados, robados, de contrabando, que provengan de la venta de muestras médicas. Los ilegales están ubicados en toda la cadena de producción de medicamentos. Seinfeld refiere que "El mercado formal e ilegal conversan mucho. Puedes tener una farmacia con productos legales, pero también con productos ilegales".

Según el informe, el 55,1% de los casos de medicinas ilegales reportados ante la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) proviene de establecimientos farmacéuticos, como farmacias, boticas, distribuidoras y laboratorios (Figura 66).

Del mismo modo, el estudio de Videnza Consultores sostiene que los medicamentos más falsificados fueron los que actúan sobre el sistema nervioso (26.93%), los antibacterianos para uso sistémico (18.97%), los que actúan sobre el sistema genitourinario y hormonas sexuales (18.88%) y los que actúan sobre el tracto alimentario y el metabolismo (17.41%). Respecto a la forma farmacéutica, los comprimidos (43.51%) y los comprimidos recubiertos (27.09%) fueron los más falsificados.

Figura 66. Interacción de los establecimientos farmacéuticos con el mercado legal



Fuente: El Comercio/Rolando Pinillos.

Así mismo, concluye que en Lima se ha detectado la mayor cantidad de medicamentos falsificados (34.8% de todos los casos), seguido por La Libertad (17.4%), Junín (17.4%), Loreto (7.7%) y Cajamarca (6.6%) como se observa en la Figura 67.

Los efectos sanitarios en términos de salud individual hallados fueron los siguientes: fracaso del tratamiento médico, resistencia o reacciones adversas a medicamentos, agravamiento o prolongación de la enfermedad. En términos de salud pública destaca lo siguiente: mutaciones del agente infeccioso, permanencia en el desconocimiento farmacológico y el incremento de morbilidad y mortalidad.

Figura 67. Regiones en donde existe la mayor cantidad de medicamentos falsificados.



Fuente: El Comercio/Rolando Pinillos.

Como en todo sector, la tarea de "medir la informalidad" no es una tarea fácil, pero consideramos que pueden establecerse estrategias y herramientas que permitan tener una aproximación del grado de informalidad., ello no solo involucra al sector salud, si no herramientas transversales que vinculen a la autoridad local (Municipalidades), SUNAT, MTPE, etc

SASUPERVISIÓN ha venido realizando diferentes acciones determinantes en la lucha contra la informalidad, lo que ha permitido identificar IPRESS informales a través de denuncias de los usuarios, acciones de inteligencia y otros, realizando acciones inmediatas como la aplicación de medidas de seguridad y la inmediata comunicación a la autoridad sanitaria competente.

La informalidad en el funcionamiento de centros de salud, entendiéndose "Centro de Salud" como sinónimo de IPRESS debemos indicar que existe una necesaria distinción de establecimientos en: públicos y privados. Respecto de las IPRESS públicas, de la revisión de nuestra base de datos no se verifica que en la supervisión a estas IPRESS se haya identificado algún hecho relacionado con informalidad propiamente dicha, sin embargo, no es exenta de evidenciar funcionamiento de alguna IPRESS que dependa del subsector público y que no hay cumplido con el registro en RENIPRESS

Respecto de las IPRESS privadas, SUSALUD, a través ha identificado casos de informalidad, tal como se señaló en las respuestas a las preguntas precedentes. Durante el periodo 2019, SUSALUD, lanzo su Plan "Tolerancia cero contra la Informalidad", lo cual produjo 655 IPRESS supervisadas en 14 Regiones del País, que ocasiono 151 IPRESS con "cierre temporal" a través de una Medida de Seguridad, durante el 2020, las acciones de fiscalización se han mantenido, al corte mayo 2020, se han realizado 3 cierres a este tipo de IPRESS.

B. EFECTOS DEL PROBLEMA PÚBLICO

- **Menor aprovechamiento escolar, productividad laboral y crecimiento económico**

Los primeros años de vida de una persona determinan en gran medida su posterior desarrollo como ser humano a lo largo del ciclo vital. El proceso cognitivo se inicia desde la vida fetal hasta alcanzar la maduración completa del individuo y depende no solo de los patrones genéticos, sino también de las influencias psicosociales como del ambiente en el que crece el individuo.¹²⁴

Un estudio señala que los niños se ven afectados en su neurodesarrollo por la malnutrición, que repercute considerablemente en el desarrollo del sistema nervioso central y periférico. Esto provoca alteraciones estructurales y funcionales que impiden el normal funcionamiento de estructuras neurales de las que dependen las funciones cognitivas y el comportamiento del menor. El impacto de la desnutrición sobre el rendimiento escolar se explica; en parte por la influencia que tiene sobre el sistema nervioso central. No es menos importante, sin embargo, la acción sobre la inmunidad, que explica la alta incidencia de morbilidad en niños que viven en ambientes muy deprimidos, lo que afecta negativamente la ingesta de alimentos, la capacidad de aprendizaje y la asistencia escolar. Por último, existe una disminución de la actividad física, como un mecanismo de compensación al déficit energético, limitándose así la posibilidad de interacción con el medio ambiente, elemento fundamental en el proceso de aprendizaje.^{125, 126}

En conclusión, las personas que sufrieron de desnutrición y la anemia a raíz de una situación socioeconómica precaria tienen menos posibilidades de mostrar una movilidad social ascendente, ya que su baja capacidad de aprendizaje las pone en desventaja.¹²⁷

Por otro lado, en la relación a la deserción escolar, según Espinoza et al. (2010), los factores que la causan pueden ser de índole intra o extra escolar, siendo el embarazo adolescente una de las causas.¹²⁸ Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema educativo, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas, en tanto que el reingreso al sistema escolar no siempre es inmediato al nacimiento del niño.¹²⁹

Asimismo, en el caso de adolescentes, jóvenes y las personas adultas, la ocurrencia de enfermedades trae como consecuencia ausentismo escolar o a instituciones de educación superior, y en la etapa de trabajo, ausentismo laboral. En el caso de las personas adultas mayores, limitar un envejecimiento saludable, disminuye el importante aporte de la experiencia de estas personas a la sociedad, a sus propias familias y en su autocuidado.

El resultado de la ocurrencia de carencias respecto a condiciones adecuadas para el crecimiento y desarrollo, y de enfermedades o deficiencias como secuela de tales enfermedades o accidentes, que podrían generar discapacidad, tras la existencia de barreras, en el conjunto de la sociedad, implica una desventaja en la capacidad productiva y competitiva del país frente a otros países en el mundo. La buena salud y el aprovechamiento de una educación de excelencia son los factores clave para la generación del capital humano y social que genere el crecimiento y desarrollo sostenible del país, su prosperidad y bienestar. La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, “Perú, País Saludable” es parte de la política social para el bienestar de los residentes en el país y tiene por finalidad brindar las condiciones de vida y

¹²⁴ Stelzer F, Cervigni MA, Martino P. Bases neurales del desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y adolescencia. Una revisión. Rev. Chilena de Neuropsicología. 2010.5(3):176-184. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179318868001>

¹²⁵ Navia Bueno MP, Rodríguez P, Farah J, Daza A, Peredo A, et al. de anemia y su relación con el rendimiento escolar. Rev. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2007, vol.52, n.2 [citado 2018-11-11], pp. 09-14. Disponible en: . ISSN 1652-6776

¹²⁶ Carrero, Carmen & Escorcía, Linda & Barros, David. (2018). Anemia infantil: Desarrollo cognitivo y rendimiento académico. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 37. 411-426.

¹²⁷ http://escale.minedu.gob.pe/c/document_library/get_file?uuid=5782168a-0dc0-43e4-a330-9c888347b5aa&groupId=10156

¹²⁸ http://escale.minedu.gob.pe/c/document_library/get_file?uuid=1fd1e8a7-85d1-4c70-96f1-b41429e7be0f&groupId=10156

¹²⁹

<http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4696/La%20desercion%20de%20los%20alumnos%20de%20los%20centros%20educativos%20de%20Peru%20en%20el%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

los servicios de salud que permitan a peruanos y residentes en el Perú, a desarrollar sus potencialidades humanas y contribuir con su trabajo y la convivencia democrática al bienestar común.

- **Mayor gasto en salud: mayor gasto público y mayor gasto de bolsillo**

La transición demográfica que vive el país, con una decreciente tasa de natalidad y con el incremento de la esperanza de vida al nacer, en los últimos decenios, cuya tendencia se mantiene, configura un escenario que consolidará una estructura poblacional conformada principalmente por población adulta y adulta mayor.

Por otra parte, la población peruana viene adoptando conductas y estilos de vida de alimentación poco saludable y de sedentarismo, y viene siendo afectada por la exposición a los contaminantes ambientales, efectos del cambio climático y el incremento de las emergencias y desastres lo que se reflejan, entre otros problemas, en la precocidad en la aparición de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de estómago y otros tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y dermatológica, así como el aumento de enfermedades transmitidas por vectores como malaria, dengue, zika, chikunguya y las zoonosis como peste y leptospirosis, además enfermedades que tienen que ver con la escases de agua segura, como la desnutrición o por la situaciones de emergencias y desastres que colapsan el alcantarillado público y reducen el saneamiento ambiental como las diarreas e infecciones respiratorias, etc.

De no haber un cambio en los hábitos y estilos de vida, y en el control y disminución de la exposición a la contaminación ambiental, mitigación del cambio climático y contar con una población con mayor resiliencia a las emergencias y desastres, entre otros factores causales de enfermedad o daño, podría darse "in crescendo" la ocurrencia de "poli morbilidad" en las personas, en las distintas etapas de la vida, más aún en las personas adultas mayores lo que traerá como consecuencia el incremento en la demanda de servicios de salud. Este incremento exigirá de manera correspondiente, el aumento del financiamiento para la salud.

Dado que, en el país, la mayor parte de la población está afiliada a la IAFAS pública, Seguro Integral de Salud, y el principal proveedor de servicios de salud son los establecimientos del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales y Locales, se requerirá un incremento presupuestal sostenido significativo para cubrir las necesidades sanitarias de las personas.

Por otra parte, es un hecho reconocido que, dadas las dificultades de la gestión y la limitación del presupuesto público, un amplio sector de la población se ve en la necesidad de completar o cubrir el total de los gastos por servicios de salud que requiere, especialmente en la compra de medicamentos e insumos médicos, y en exámenes auxiliares de diagnóstico.

De no contar con una política multisectorial que promueva conductas y estilos de vida saludables que eviten o prevengan la ocurrencia de la enfermedad, y que mejore la organización y funcionamiento eficaz y eficiente para la entrega de los servicios de salud que atienda las necesidades de la población, se requerirá un gasto público y privado (gasto de bolsillo) cada vez mayor que puede hacer insostenible el financiamiento del sistema de salud.

- **Insatisfacción de la población por desborde de la capacidad del sistema de salud y mayor demanda social**

Con el mayor nivel de instrucción, con la mayor difusión de la información y contacto de las personas por los distintos medios de comunicación y redes sociales, de manera creciente, las personas van desarrollando una mayor conciencia de sus derechos, en general, y en particular sobre sus derechos a recibir servicios públicos de calidad, entre ellos, los de salud.

La persistencia de un sistema de salud insuficiente y de acciones estatales limitadas que no mejoran las condiciones de vida de las personas, y que se expresan en enfermedad y discapacidad provocará una mayor insatisfacción de la población y como consecuencia de ello, manifestaciones sociales diversas de reclamos y demandas que pueden originar un clima social y político de inestabilidad.



La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, es un documento que explicita a las personas que residen en el país, los compromisos del Estado sobre los servicios de cuidado integral que recibirán con el propósito de mantener su salud, prevenirlos de enfermedades y recuperar la salud cuando hayan sufrido una enfermedad o daño.

C. ESFUERZOS MULTISECTORIALES REALIZADOS

Con la finalidad de reducir las causas que generan el incremento de las enfermedades anteriormente descritas que generan años de vida saludables perdidos, se han realizado esfuerzos, los cuáles son descritos a continuación en la Tabla 62.

Tabla 62. Abordaje de los determinantes sociales de la salud Perú

| Determinantes Sociales de Salud | | Abordaje | Gobierno nacional |
|---------------------------------|---|--|---|
| Estructural es | Posición Social/ Clase Social | <p>Programa Juntos</p> <p>En el 2005 se creó el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS" (Decreto Supremo N° 032-2005-PCM), cuya cobertura fue ampliada con el Decreto Supremo N° 009-2012-MIDIS, con el objetivo de romper el círculo vicioso de la pobreza y buscar restituir los derechos básicos de los hogares, a través del acceso a servicios básicos de calidad en salud-nutrición y educación, priorizando los niños, niñas y gestantes.</p> <p>En el año 2017, se realizó una evaluación de este programa, precisando entre sus resultados, efectos positivos sobre indicadores escolares¹³⁰. En relación con el cuidado prenatal, también se han evidenciado resultados satisfactorios referentes a la probabilidad de recibir atención prenatal brindada por un profesional calificado¹³¹. Otros de los resultados de este programa es la reducción de la anemia en los niños y niñas, evidenciándose un abordaje intersectorial de los problemas de salud¹³².</p> | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social |
| Estructural es | Posición Social/ Clase Social | <p>Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).</p> <p>En el 2014 se creó el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) (Ley N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014), con el objetivo de mejorar la gestión de los gobiernos regionales, enfocándose en la prestación de servicios integrales dirigidos a la población de gestantes, niñas y niños entre 0 y 5 años de edad, establecidos en la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social y vinculados al Desarrollo Infantil Temprano.</p> | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social |
| Estructural es | Educación Posición Social/ Clase Social | <p>Infancia y adolescencia</p> <p>El Estado busca la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, habiéndose aprobado con Decreto Supremo N° 001-2010-MIMP el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA) 2012-2021, que se enfoca en la salud, educación y calidad de vida de estos al interior de sus familias y comunidad. Asimismo, se constituye la Comisión Multisectorial encargada de su implementación.</p> <p>Entre los objetivos del PNAIA se establece el garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, siendo el MINSA uno de los responsables de lograrlo.</p> | Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables |
| Estructural es | Género | <p>Violencia contra la mujer</p> <p>Se busca prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia (física, psicológica, social y económica) contra las mujeres por su condición de tales, promulgándose la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, y su modificatoria con Decreto Legislativo N° 1386.</p> <p>Con Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP se aprobó el Reglamento de la Ley N° 30364, estableciéndose que el Ministerio de Salud aprueba los lineamientos de política en salud pública para la prevención, atención y recuperación integral de las víctimas de violencia, así como la atención relacionada con el tratamiento y rehabilitación de personas agresoras.</p> | Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables Ministerio de Salud |

¹³⁰ Ministerio de desarrollo e inclusión social. Informe de evaluación. Evaluación de impacto del programa JUNTOS - Línea de base. 2017.

¹³¹ Díaz J, Saldarriaga V. Encouraging use of prenatal care through conditional cash transfers : Evidence from JUNTOS in Peru. 2019 ;(April):1-15.

¹³² Pérez-Lu JE, Cárcamo C, Nandi A, Kaufman JS. Health effects of 'Juntos', a conditional cash transfer programme in Peru. *Matern Child Nutr.* 2017;13(3):1-14.

| Determinantes Sociales de Salud | | Abordaje | Gobierno nacional |
|---------------------------------|---|---|---|
| Estructural es | Etnia o raza | <p>Diversidad cultural</p> <p>En el año 2015¹³³, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud firmaron un convenio de Cooperación Interinstitucional, amparado en el Decreto Supremo N° 003-2015-MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural y el Decreto Supremo N° 016-2016-SA, y la "Política Sectorial de Salud Intercultural".</p> <p>La Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural tiene el objetivo de orientar y establecer los mecanismos de acción del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de la población culturalmente diversa del país.</p> <p>El abordaje de la diversidad cultural es de relevancia, debido a que históricamente, los servicios de salud se han brindado desde una perspectiva monocultural, sin tomar en cuenta las prácticas de medicina tradicional de las diversas comunidades en el país. Ello ha generado obstáculos en el acceso a este servicio por parte de grupos históricamente discriminados, como los pueblos indígenas u originarios y el pueblo afroperuano. Por ese motivo, resulta fundamental aplicar el enfoque intercultural y tomar en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene.</p> | Ministerio de Cultura |
| Estructural es | Ocupación | <p>Seguridad en el trabajo</p> <p>La Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo busca promover una cultura de prevención de riesgos laborales (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales) en el país. En dicha Ley se establece que el Ministerio de Salud, así como el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo son organismos suprasectoriales en la prevención de riesgos en materia de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Con Decreto Supremo N° 002-2013-TR se aprobó la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, siendo el MINSa una de las instituciones competentes en materia de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Esta normativa aborda los aspectos de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales.</p> | Ministerio de Trabajo |
| Estructural es | Reducir vulnerabilidades en la población expuesta | <p>Emergencias y Desastres.</p> <p>Ley 29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres y su reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 048-2014-PCM, en este contexto se aprueba el Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres 2014-2021, en el cual el MINSa tiene una acción estratégica, el de gestionar la instalación y acondicionamiento de instituciones educativas y establecimientos de salud seguros.</p> <p>Plan Multisectorial ante Heladas y Frijaje 2019-2021¹³⁴, el cual promueve una aproximación multisectorial a los territorios más vulnerables a los efectos de estos fenómenos, y propone cerrar el 100% las brechas prioritarias de viviendas, escuelas, cobertizos y pastos cultivados, atendiendo con intervenciones sostenibles y de entrega directa, a la población más vulnerable a los impactos de las Heladas y Frijaje.</p> | Presidencia de Consejo de Ministros y Multisectorial, incluyendo salud. |
| Intermedio | Circunstancias materiales | <p>Programa Nacional Tambos</p> <p>El Programa Nacional "Plataformas de Acción para la Inclusión Social - PAIS" constituido en base al Programa Nacional Tambos (Decreto Supremo N° 013-2017-MIDIS), en el marco de la lucha contra la anemia en niños y niñas, ha venido realizando intervenciones orientadas a la reducción de la anemia y la desnutrición crónica infantil, tales como atenciones médicas pediátricas, sesiones demostrativas sobre preparación de alimentos balanceados y nutritivos para los niños; capacitaciones en salud preventiva, dirigidas a las madres gestantes y madres de niños menores de 3 años; controlar el peso y talla, pastilla antiparasitaria, micronutrientes, vacunas y tamizaje de anemia a menores de tres años, entre otras; mediante las Plataformas de Servicios tanto en su modalidad fija e Itinerantes (PIAS) de intervención de las PIAS.</p> | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social |
| Intermedios | Factores conductuales | <p>Alimentación saludable</p> <p>Se busca fomentar la educación alimentaria y nutricional, así como la actividad física, habiendo promulgado la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes.</p> <p>Con Decreto Supremo N° 017-2017-SA, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y</p> | Ministerio de Educación y Ministerio de Salud |

¹³³ Ministerio de Salud del Perú. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Lima-Perú: MINSa; 2018.

¹³⁴ Plan Multisectorial ante heladas y friaje 2019-2021, aprobado con Decreto supremo N° 015-2019-PCM.

| Determinantes Sociales de Salud | | Abordaje | Gobierno nacional |
|---------------------------------|---------------------------|---|---|
| | | Adolescentes, que establece que el MINSa formula los lineamientos para la promoción y protección de la alimentación saludable. Esta normativa aborda estrategias para la promoción de la salud en los niños, niñas y adolescentes. | |
| Intermedios | Factores psicosociales | Seguridad Ciudadana El Plan Nacional de Seguridad Ciudadana 2019 – 2023 aprobado con DS. N° 013-2019-IN es el principal instrumento de gestión del Estado peruano que orienta la implementación de la política pública para fortalecer la seguridad de la población frente a un conjunto de violencias y delitos en el territorio nacional, en el marco de la Política General de Gobierno al 2021 aprobada por Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, cuyos objetivos son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir el crecimiento de la tasa de homicidios 2. Reducir la tasa de muertes por siniestros viales. 3. Reducir la violencia contra mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. 4. Reducir la victimización por delitos patrimoniales en espacios públicos 5. Reducir la victimización cometida por bandas criminales hacia las personas naturales y jurídicas 6. Fortalecer la gestión descentralizada de la seguridad ciudadana | Ministerio del Interior |
| Intermedios | Factores psicosociales | Plan Integral de Reparaciones El Estado mediante la Ley N° 28592 crea el Plan Integral de Reparaciones cuya finalidad es la de restituir y compensar las violaciones a los derechos humanos cometidos en el período de violencia de 1980 al 2000, así como, las pérdidas y secuelas sociales, morales y materiales sufridas por quienes resultaron afectados. Para el cual, dispuso la creación de 07 Programas de Reparación que buscan reconocer la dignidad de las víctimas civiles, policiales y militares del periodo de violencia, fortalecer el desarrollo de una cultura de paz y contribuir al proceso de reconciliación entre el Estado, la sociedad y las instituciones que se vieron afectadas y enfrentadas durante dicho periodo, cuyas secuelas siguen vigentes. Para ello, se cuenta con el Ministerio articulador al MINJUSDH; y en materia de reparaciones en salud se cuenta como Ministerio ejecutor al MINSa, que actúa en coordinación con los Gobiernos Regionales. | Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud |
| Intermedios | Circunstancias materiales | Discapacidad Se ha establecido el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, habiéndose promulgado la Ley N° 29973, Ley General De La Persona Con Discapacidad y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 002-2014-MIMP. En el marco de dicha legislación se establece que el Estado debe garantizar el acceso a prestaciones de salud de calidad. Asimismo, el Ministerio de Salud debe garantizar y promover el ingreso de la persona con discapacidad a un sistema de aseguramiento universal que garantice prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo de calidad. | Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables |
| Intermedios | Factores conductuales | Educación Vial Con el objetivo de reducir las consecuencias que generan los siniestros de tránsito sobre las vidas humanas, el Consejo Nacional de Seguridad Vial, constituido por representantes de diferentes sectores, ha aprobado el Plan Estratégico Nacional de seguridad vial PENSv 2017-2021 (Decreto Supremo N° 019-2017-MTC). Además, el Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC), ha aprobado el Plan de Estrategia Publicitaria 2019 del MTC (Resolución Ministerial N° 167-2019 MTC/01), que incluye la campaña de seguridad vial “Unidos Salvemos Vidas”, con el objetivo de sensibilizar y promover una cultura vial en la ciudadanía ¹³⁵ . El abordaje de la seguridad vial es necesario debido a que los siniestros viales representan la quinta subcategoría con mayor carga de enfermedad. Asimismo, la principal causa de muerte en las y los adolescentes, jóvenes y las personas adultas ¹³⁶ . (26) | Ministerio de Transporte y Comunicaciones |

¹³⁵ Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Plan de estrategia publicitaria 2019. Lima-Perú; 2019.

¹³⁶ Ministerio de Salud del Perú. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Lima-Perú: MINSa; 2018.



| Determinantes Sociales de Salud | | Abordaje | Gobierno nacional |
|---------------------------------|---------------------------|--|--|
| Intermedios | Circunstancias materiales | <p>Seguridad Alimentaria Con Decreto Legislativo N° 1062 se aprobó la Ley de Inocuidad de los Alimentos con la finalidad de garantizar la inocuidad de los alimentos destinados al consumo humano con el propósito de proteger la vida y la salud de las personas. En ese marco, en el 2012 se declaró de interés nacional y de necesidad pública la seguridad alimentaria y nutricional de la población nacional (Decreto Supremo N° 102-2012-PCM), creándose la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional de naturaleza permanente, dependiente del Ministerio de Agricultura y Riego.</p> <p>El año 2013, se aprueba la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional 2013-2021 por Decreto Supremo N° 021-2013-MINAGRI, que establece los principales objetivos que debe alcanzar el Estado peruano para el logro de la seguridad alimentaria nutricional de la población peruana.</p> <p>Asimismo, el año 2015 se aprobó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021 (Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI), que define las estrategias y líneas de acción que guiarán la intervención del Estado con el propósito de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la población peruana hacia el año 2021¹³⁷.</p> | Ministerio de Agricultura y Riego |
| Intermedios | Circunstancias materiales | <p>Cambio Climático En el año 2018, se promulgó la Ley N° 30754 Ley Marco sobre Cambio Climático para guiar las políticas relacionadas al cambio climático. Uno de los principios bajo los cuales se rige la ley, es el de prevención, debiendo el Estado promover políticas y acciones orientadas a prevenir, vigilar y evitar los impactos y riesgos del cambio climático, así como adoptar medidas de mitigación, a fin de garantizar la salud y vida de las personas, así como la protección del ambiente.</p> | Ministerio del Ambiente |
| Intermedios | Circunstancias materiales | <p>Metales pesados En el 2018, el MINSa a través de la Resolución Ministerial N° 979-2018/MINSa aprobó el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial para la Atención Integral de las Personas Expuestas a Metales Pesados, Metaloides y otras Sustancias Químicas, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de la atención integral en salud, así como a la articulación intersectorial e intergubernamental para facilitar las intervenciones de promoción de la salud y de reducción de riesgo de daños a la salud de las personas expuestas a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, a través de una respuesta oportuna, eficaz y articulada del Estado¹³⁸.</p> | Ministerio de Salud |
| Intermedios | Circunstancias materiales | <p>Impacto Ambiental Se promulgó la Ley N° 27446 (2001), Ley del Sistema Nacional de Evaluación del Impacto Ambiental y su reglamento con Decreto Supremo N° 019-2009-MINAM (2009) a fin favorecer la conservación ambiental y la protección de la salud de la población, siendo la protección de la salud pública y de las personas uno de los uno de los criterios de protección ambiental. En el marco de esa normativa, el Sector Salud tiene entre sus competencias, establecimientos de atención de salud y servicios médicos de apoyo (público y privado), establecimientos de atención veterinaria y los cementerios y crematorios.</p> <p>Gestión Integral de Residuos Sólidos El Decreto Legislativo N°1278, Decreto Legislativo de Gestión de Residuos Sólidos, establece que el Estado garantiza la prestación continua, regular, permanente y obligatoria del servicio de limpieza pública que comprende el servicio de recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos de los predios de la jurisdicción, escombros y desmonte de obras menores y el servicio de barrido y limpieza de vías, plazas y demás áreas públicas.</p> <p>Asimismo, dicho servicio se debe garantizar en situaciones de emergencia, para lo cual los gobiernos regionales coadyuvan a los gobiernos locales en la ejecución de las acciones que resulten necesarias para dar continuidad al manejo de los residuos sólidos.</p> | Ministerio del Ambiente Ministerio de Salud |

Fuente: DGIESP-MINSA

¹³⁷ Ministerio de Agricultura y Riego. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Lima-Perú; 2015.¹³⁸ Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de política sectorial para la atención integral de la salud de las personas expuestas a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas. Perú; 2018.

El MINSA, en el marco de sus funciones y como parte de los esfuerzos realizados, formuló el primer programa presupuestal en el año 2008, denominándose en la actualidad PP 001 “Programa Articulado Nutricional” con enfoque multisectorial y territorial; a partir de esa fecha, se incorporan los siguientes programas presupuestales: PP 002 Salud Materno Neonatal, PP 016 TB-VIH/SIDA, PP 017 Enfermedades metaxénicas y zoonosis, PP 018 Enfermedades no Transmisibles, PP 024 Prevención y Control del Cáncer, PP 0104 Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias médicas, PP 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y PP 0131 Control y Prevención en Salud Mental.

Estos programas presupuestales fueron estructurados con la finalidad de dar soluciones a problemas públicos “**específicos**” que afectan a la salud de las personas, dedicando la mayor parte de sus intervenciones a acciones sanitarias de diagnóstico y tratamiento, y en mucho menor medida hacia acciones de mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades. Es decir, inciden poco sobre determinantes sociales intermedios de la salud, pero en la práctica se ha determinado, que en algunos casos no han tenido el nivel de respuesta esperado porque requerieren de la participación de otros actores en la solución del problema. Adicionalmente, los Programas Presupuestales tampoco articulan o integran sus acciones, sin lograr sinergias ni abordando los factores que hacen posible la aceptación y adherencia a las intervenciones previstas, en la actualidad no existe un instrumento articulador, que haga posible que estas estrategias logren sus objetivos y optimicen los recursos económicos del país asignados al campo de la salud.

A continuación se muestran en la Tabla 63, los actores que participan en los programas presupuestales, anteriormente enunciados :

Tabla 63. Actores que intervienen en los Programas Presupuestales del MINSA

| Programas Presupuestales | Actores que intervienen |
|--|---|
| PP 001 Programa Articulado Nutricional | <p>Gobierno Central: MINSA: DIGESA Dirección de Control y Vigilancia, Dirección de Inmunizaciones, CENARES, DIGEMID, OGTI, Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles. CENAN-INS.</p> <p>Gobierno Regional: DIRESA/GERESA/U.E/DIRIS/DISA/Redes de Salud Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental:</p> <p>Gobierno Local: Municipalidades, Establecimientos de salud</p> |
| PP 002 Salud Materno Neonatal | <p>Gobierno Central: MINSA: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva Sistema Integral de Salud (SIS)</p> <p>Gobierno Regional: DIRESA/GERESA-DIRIS REDES/Unidades Ejecutoras-Micro redes/Establecimientos de Salud</p> |
| PP 016 TB-VIH/SIDA | <p>Gobierno Central: MINSA: Nivel Central-DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS. MINDEF IPRESS-Direcciones de salud de las IIAA –DISAN MINDEF-DGPP MINDEF INPE: La Sub Dirección de Salud ESSALUD</p> <p>Gobierno Regional: DIRESA/GERESA/DIRIS UE de cada Pliego Central y regional EESS -Punto de atención-(del Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Central del Perú, INPE), INS/ Laboratorio Referencial</p> <p>Gobierno Local: Municipalidades Sector privado (ONGs) con la participación del Sector Salud.</p> |
| PP 017 Enfermedades metaxénicas y zoonosis | <p>Gobierno Central: MINSA: Salud Ambiental Institución Educativa del MINEDU SENASA-MINAGRI INS-Laboratorios de Referencia Central</p> <p>Gobierno Regional:</p> |

| Programas Presupuestales | Actores que intervienen |
|--|---|
| | DIRESAs, GERESAs, DISAs, DIRES, Redes de Salud. Redes y MR de salud: IPRESS Establecimientos de Salud desde el I-1 al III-2 Laboratorios locales de los EESS, Laboratorios de Referencia Regional Gobierno local: Agentes Comunitarios o Promotores de Salud entrenados, Juntas Vecinales Comunales y Organizaciones Sociales, Laboratorios de Referencia Local |
| PP 018 Enfermedades no Transmisibles | Gobierno Central: MINSA, INS, SIS, MINJUSDH, MINEDU-Instituciones Educativas, MIMP. MINDEF IPRESS-Direcciones de salud de las IIAA –DISAN MINDEF-DGPP MINDEF INPE: La Sub Dirección de Salud PNP: Dirección de SANIDAD de la PNP Gobierno Regional: GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD Establecimientos de Salud Gobierno Local: Comité Multisectorial de la Municipalidad, Juntas vecinales comunales o quien haga sus veces y Agentes Comunitarios. |
| PP 024 Prevención y Control del Cancer | Gobierno Central: MINSA (DPCAN/DGIESP; DPROM/DGIESP) INEN Gobierno Regional: Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red Los establecimientos de salud Unidades Ejecutoras: Hospitales e institutos |
| PP 0104 Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias médicas | Gobierno Central: MINSA Dirección Ejecutiva de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU) y SAMU. Gobierno Regional: Direcciones Regionales de Salud (Diresa) Gerencias Regionales de Salud (Geresa) Redes – IPRESS o SMA Hospitales |
| PP 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad | Gobierno Central: MINSA: DGSP/INR Gobierno Regional: GERESA/DIRESA/DISA, REDES DE SALUD Establecimientos de salud Hospitales con Comisiones Médicas Certificadoras de la Incapacidad. |
| PP 0131 Control y Prevención en Salud Mental. | Gobierno Central: MINSA, DGIESP-DSM. Gobierno Regional: DIRIS, ESN de Salud Mental y Cultura de Paz DIRIS, DIRESAs, GERESAs, Institutos, Hospitales, Redes, Micro redes y Establecimientos de Salud |

Fuente: Anexo 02 de los Programas Presupuestales de rectoría del MINSA.
 Elaboración Propia

Si bien es cierto se han realizado intervenciones con la finalidad de disminuir los determinantes, aún persisten condicionantes que no permiten la disminución de las enfermedades que generan pérdida de años de vida saludable, y esto se debe a que las intervenciones que se han realizado en su mayoría se han realizado de manera sectorial. Para poder disminuir estas causas, se requiere una intervención fundamentalmente preventiva en lugar de reparadora de la enfermedad o daño; es decir, nos mueve a actuar sobre los denominados determinantes sociales intermedios de la salud que están referidos a:

- Educación para la salud (formación de hábitos que permiten la adopción de conductas y estilos de vida saludable).
- Alimentación saludable.
- Acceso a servicios de agua segura y disposición sanitaria de residuos
- Control y vigilancia de la exposición a la contaminación ambiental.

- Medidas de seguridad en el transporte y en el trabajo.
- Disponibilidad de espacios públicos para la actividad física y recreativa.
- Acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos, sobre todo aquellos servicios de prevención y detección temprana de enfermedades.

Para lograr ello se requiere de la intervención del sector público de manera multisectorial, dado que se requiere desarrollar y fortalecer la aplicación del marco regulador, así como ampliar y mejorar la provisión de servicios públicos de diverso tipo que mejore las condiciones de vida, modifique positivamente las conductas y estilos de vida de las personas, y facilite el uso de los servicios públicos, entre ellos los de salud; en especial para las personas de sectores menos favorecidos, de zonas rurales y periurbanas para quienes la acción del Estado es fundamental.

1.4.5. SITUACIÓN FUTURA DESEADA

La situación futura deseada en el marco de la Política es determinada como la situación más favorable y factible de ser alcanzada al 2030, esto como resultado de la revisión, sistematización y evaluación del conjunto de aspiraciones y expectativas recogidos de los diversos actores (Anexo 2), del análisis de tendencias (Anexo 3) y escenarios (Anexo 4) asociados al problema público, así como tomando en cuenta la metodología de carga de enfermedad y su proyección de AVISA al 2030 (Anexo 5). Además de los riesgos y oportunidades que podrían afectar al problema público de la PNMS y las tendencias globales y regionales, propuestas por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN, 2019).

En ese contexto, se enuncia de la siguiente manera:

"Al año 2030, se han reducido los años de vida saludables perdidos por causas evitables en un 5%, disminuyendo así la prevalencia de discapacidad y muertes prematuras".

Al año 2030, las personas y familias en cada región y provincia tienen acceso efectivo a servicios y cuidados integrales de salud, de calidad, oportunos y continuos a lo largo de su vida en el marco del aseguramiento universal en salud (AUS), a través de un sistema de salud articulado al alcance de todos y todas. Se consolidó la articulación multisectorial e intergubernamental, con base territorial, sobre los determinantes sociales de la salud, mejorando las condiciones de vida para el mejor desarrollo de las potencialidades y el bienestar de las personas.

Se ha extendido, progresivamente, la adopción de estilos de vida saludables que mejoran el autocuidado, los hábitos alimenticios, de higiene y de protección. Al año 2030, el 91% de la población realiza actividad física moderada y alta, y la asistencia periódica a controles y chequeos de salud se va convertido en una actividad habitual gracias a la educación en salud y el desarrollo de instrumentos legales y normas de estricto cumplimiento que facilitan la corresponsabilidad en la generación de una adecuada cultura en salud. La articulación de políticas y de enfoques transversales (de derechos, inclusión social o de atención a la diversidad, igualdad de género, interculturalidad, cuidado ambiental, orientación al bien común y búsqueda de la excelencia), a través de la educación básica y el acceso a servicios sociales y culturales, refuerzan en las personas y comunidades, conductas, hábitos y estilos de vida de convivencia respetuosa, solidaria y comprometida con el cuidado del ambiente y de la salud.

Al 2030 ha disminuido la población con enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión arterial, reportándose un 3% de prevalencia de Diabetes Mellitus y 18 % de prevalencia de Hipertensión Arterial en personas mayores de 15 años, como resultado del aumento en el consumo de alimentos con las proteínas, minerales y vitaminas de una dieta alimenticia saludable.

Las personas, especialmente, niños, niñas y adolescentes desarrollan sus potenciales y evitan riesgos relacionados al consumo de alcohol, tabaco y sustancias adictivas, al generarse entornos favorables en las familias, escuelas y comunidades, disminuyendo la prevalencia del consumo de alcohol a menos de 8 %.

Por otra parte, al 2030, las personas acceden a servicios de salud con instalaciones de infraestructura mejorada y capacidad resolutive suficiente, gracias a que el sistema de salud está organizado en redes integradas de salud, con adecuada dotación de equipamiento moderno, medicamentos e insumos médicos esenciales de calidad y personal altamente calificado. La atención integral y de calidad de las personas y las intervenciones de salud pública están garantizados por lo que ha mejorado la satisfacción de la población respecto a los cuidados y la atención de salud recibida y el control de los riesgos a la salud.

Se ha logrado una mejora sustantiva de la calidad de vida de las familias que viven en ámbitos alejados y en zonas de poblaciones dispersas, porque pueden acceder a los servicios médicos a través de Telesalud, que se ha logrado empleando tecnologías de información y como soporte la red de telecomunicación digital que cubre la gran mayoría del territorio nacional.

La dotación de medicamentos e insumos esenciales para intervenciones de salud pública, médicas y quirúrgicas están garantizados para la atención integral y de calidad, por lo que ha mejorado la satisfacción de la población respecto a los cuidados y la atención de salud recibida.

Como consecuencia de la crisis generada por la Pandemia del COVID 19 del año 2020, el Perú ha desarrollado una política agresiva para el incremento de los cultivos e industria agroindustrial y de la actividad pesquera que aunada a la política social ha incrementado la seguridad alimentaria de toda su población, disminuyendo la desnutrición crónica infantil y la anemia, a menos del 10%.

Los programas de inversión social redujeron progresivamente las brechas de servicios básicos de agua, saneamiento, conectividad y rutas de comunicación, para mejorar las condiciones sanitarias de la población en todo el país. Productos de estas intervenciones sociales y de salud, articulados y enmarcados en el proceso de implementación de Políticas de Estado y esta Política, las enfermedades transmisibles también han logrado mejoras importantes. La tuberculosis, la Hepatitis B y la infección por VIH dejaron de ser un problema de salud pública, Las enfermedades transmitidas por vectores tales como el Dengue, Chikungunya y el Zika están, en gran medida, controladas gracias a acciones de prevención, control y vigilancia intergubernamentales e intersectoriales focalizadas a nivel subnacional, y la expansión de las intervenciones en materia de salud pública.

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

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

En el 2030, se ha reducido notablemente el problema de la violencia de género, dado que, al incrementarse el nivel educativo de las mujeres, están accediendo a puestos de trabajo, logrando autonomía económica y por ende, la no dependencia de la pareja.

Por otra parte, se están recuperando miles de hectáreas de tierras desertificadas por la salinización del suelo, la erosión hídrica y eólica, la contaminación de suelos por relaves mineros y la compactación por sobrepastoreo; gracias al empleo de biotecnologías para la desalinización de tierras, técnicas de remediación con el empleo de bacterias para la recuperación de suelos contaminados por relaves mineros

y técnicas de bioingeniería empleada en el manejo de pastos, así como el uso de especies de fijación de laderas para recuperar tierras deterioradas por la erosión hídrica.

Uno de los riesgos que cada año se presenta en el país, a consecuencia del cambio climático, son las intensas lluvias y sus correspondientes inundaciones y huaicos, que originan decenas de víctimas mortales y daños materiales cuantiosos. Pero también, el cambio climático ha incrementado en un grado la temperatura. Este incremento de la temperatura, y a su vez empleando técnicas para la construcción de invernaderos, está haciendo posible que por encima de los 3,500 metros se pueda desarrollar actividades agrícolas rentables que están resolviendo los problemas de la pobreza extrema en las zonas alto andina, reduciendo los problemas de desnutrición infantil y anemia.

Asimismo, la mejora de conducta cívica de las personas, de la seguridad ciudadana, de la seguridad vial y de los entornos laborales están favoreciendo gradualmente entornos más seguros a las personas y familias, disminuyendo la mortalidad por lesiones y accidentes.

También como consecuencia del aprendizaje de la pandemia por COVID 19 del año 2020, el sistema de salud del país cuenta con planes y desarrolla acciones constantes de gestión de la prevención, vigilancia y mitigación de riesgos, y preparación ante la ocurrencia de emergencias y desastres que articula la acción intersectorial, intergubernamental y con las organizaciones de sociedad civil. El Perú es reconocido por el desarrollo y la fortaleza de su sistema de gestión de riesgos ante emergencias y desastres; y cuenta con los recursos materiales y humanos que permiten sostener la respuesta sanitaria ante cualquiera de estos eventos.

Finalmente, gracias a la política de incremento progresivo del financiamiento de los recursos destinados a los cuidados y la prevención para la salud, Perú tiende a situarse en el mismo nivel de la asignación promedio del PBI para el gasto en salud de los países de la OCDE. Aproximadamente, el 7,5% anual, siendo el principal mecanismo el Aseguramiento Universal en Salud.

Por los logros alcanzados en el 2030, se han reducido los años de vida saludables perdidos por causas evitables en cinco puntos porcentuales en comparación al año 2016. En términos de indicadores sanitarios se reducen de manera significativa todos aquellos de mortalidad y morbilidad relacionados a las prioridades sanitarias nacionales, alcanzado las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los estándares de países miembros de la OCDE. Entre los indicadores relacionados al objetivo 3 de Objetivos de Desarrollo Sostenible que se mejoran en mayor magnitud están la razón de mortalidad materna a 33 por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal a 5 por 1000 nacidos vivos.

1.1. Expectativas de la población en la relación a la PNMS.

Las personas usuarias de los servicios de salud identifican como los primeros cuatro motivos de insatisfacción en la atención en consulta externa: demora en la atención, pocos turnos para la atención, maltrato en la atención y falta de medicamentos; todos relacionados a la organización del servicio de salud. Por otro lado, las personas usuarias refieren en general que los servicios de salud no están respondiendo a las necesidades de atención y cuidado de las personas que buscan atención de salud (Ver anexo 2)

1.2. Análisis de tendencias y escenarios contextuales

La situación futura deseada ha sido contrastada con las tendencias y los escenarios a futuro evaluando su probabilidad de ocurrencia y el impacto que tendrían sobre esta Política, lo que se muestra en los Anexos N° 3 y 4, Matriz de análisis de tendencias y escenarios, respectivamente.

Tendencias

A continuación, en la Tabla 64 se describen las principales tendencias relacionadas:

Tabla 64. Principales tendencias que se encuentran relacionadas con el problema público

| Problema público | Tendencias sociales | Tendencias económicas | Tendencias Políticas | Tendencias ambientales | Tendencias tecnológicas | Tendencias de actitudes, valores y ética |
|---|--|---|--|--|---|---|
| AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS EN LA POBLACIÓN POR CAUSAS EVITABLES | *Incremento de la población *Cambios en la estructura etaria de la población. *Prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas como principales causas de muerte. *Mayor educación de las madres. *Aumento del consumo de alimentos con las proteínas, minerales y vitaminas de una dieta alimenticia saludable * Violencia de género. | *Elevada informalidad y precariedad del empleo. *Persistencia de jóvenes que no estudian ni trabajan (NiNis) | *Aumento de las organizaciones criminales. | *Incremento de la temperatura y aumento de la frecuencia de eventos climáticos extremos. *Incremento de la desertificación en el país | *Incremento del acceso a la salud por el uso de la tecnología | *Transformación de las estructuras familiares |

Elaboración propia

Escenarios Contextuales

Escenario 1: Expectativas crecientes de la clase media

Haciendo un balance en el año 2030, después de una década, en la que el país, atravesó por problemas generados por la pandemia del COVID 19, la inestabilidad política, los serios problemas de la corrupción, y la violencia en todas sus formas, sobre todo la violencia de género, el país recuperó su capacidad productiva, logrando un crecimiento económico a tasas de incremento del PBI en promedio anual de 5%.

El progreso socioeconómico generó mejoras en el bienestar de la población, la reducción de la pobreza y el aumento significativo de la clase media que está participando activamente en la política nacional; sobre todo exigiendo a las autoridades que mejoren la calidad y cobertura de los servicios públicos de salud y educación. La presión que está ejerciendo la clase media a las autoridades, para mejora de los servicios de salud, está dando resultados positivos porque hay una reducción efectiva de los AVISA.

Escenario 2: Aumento de la tecnología y la mecanización

En el 2030, se vive un proceso de transformación estructural caracterizado por el aumento de la tecnología y la mecanización sin precedentes en el mundo. En el campo médico, el empleo de inteligencia artificial en tratamientos oncológicos, así como en tratamientos de enfermedades crónicas, está generando resultados impresionantes; así mismo, la conectividad digital está haciendo posible el empleo de la telemedicina.

La geografía del país, difícil, accidentada, con cordilleras que cruzan todo el país, ha aislado a miles de pequeñas poblaciones, pero ahora gracias a la Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica que conecta a Lima con 22 capitales de región, 180 capitales de provincia y cientos de poblaciones geográficamente aisladas, está haciendo posible, que con uso de sensores y dispositivos de monitorización remota, se atienda a miles de pacientes que viven en zonas aisladas, teniendo acceso a asistencia médica superior.

Escenario 4: Ocurrencia de desastre mayor.



El Perú está propenso a eventos meteorológicos extremos y desastres como sismos, tsunamis y actividad volcánica, debido a su ubicación en la zona denominada "Cinturón de Fuego del Pacífico". Asimismo, es considerado como el tercer país del mundo más vulnerable al cambio climático después de Honduras y Bangladesh (MINAM, 2011).

Sumado a los esperados impactos del cambio climático, el país debe tener en cuenta lo sugerido por Tavera (2014) sobre la posibilidad de que se produzca un sismo con magnitud del orden de 8,8Mw frente a la zona costera de la región central del Perú acompañado de eventos de tsunamis.

Este escenario acarrea el riesgo de incrementar la pobreza, el hambre y la desnutrición al verse afectada la producción agrícola por los impactos de la naturaleza, así como por el abandono de las tierras de cultivo, lo que a su vez implica el desplazamiento de la población rural a las zonas urbanas, generando mayor desempleo, pobreza, incrementando el sector informal. Por otro lado, un desastre trae consigo el posible colapso de la infraestructura de salud, generándose posteriormente ocurrencia de enfermedades, producto de lo descrito anteriormente incrementándose pérdidas de vida, así como lesiones por estos accidentes.

Dada la alta probabilidad que cualquiera de los eventos meteorológicos extremos y desastres pueda ocurrir, generando destrucción, muertos y heridos; se requiere organizar en el área de salud, con la participación de otras organizaciones como Defensa Civil, Gobiernos Subnacionales, un plan permanente de respuesta rápida y efectiva, con la infraestructura ad hoc (aviones para efectuar puentes aéreos y hospitales móviles), personal especializado en situaciones críticas, con el equipamiento adecuado, kits de medicinas y alimentos, reduciendo de esta manera la pérdida de AVISA de las poblaciones afectadas.

Principales Oportunidades aprovechables

Del análisis de tendencias y escenarios contextuales, se presentan las principales oportunidades que podrían ser aprovechadas para mejorar la salud de la población:

- En los dos últimos años de la década del 2020, se logró reducir la desnutrición y anemia infantil aprovechando la colaboración de las madres de hogares que lograron incrementar sus conocimientos en salud en los últimos años.
- Al 2030 ha disminuido la población con enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión arterial, reportándose un 3% de prevalencia de Diabetes Mellitus y 18 % de prevalencia de Hipertensión Arterial en personas mayores de 15 años, como resultado del aumento en el consumo de alimentos con las proteínas, minerales y vitaminas de una dieta alimenticia saludable.
- En el 2030, se ha reducido notablemente el problema de la violencia de género manifestada en el maltrato físico y psicológico de las mujeres, dado que, al incrementarse su nivel educativo, están accediendo a puestos de trabajo, logrando autonomía económica y por ende, la no dependencia de la pareja.
- Se aprovechó la telesalud, impulsada por los avances tecnológicos en atención de salud, para acercar los servicios de salud a las poblaciones alejadas o en zonas de poblaciones dispersas y orientarlas en el cuidado de su salud.
- Se ha reducido la pérdida de AVISA de las poblaciones afectadas por los desastres, porque se cuenta con un plan permanente de respuesta rápida y efectiva, con la infraestructura ad hoc (aviones para efectuar puentes aéreos y hospitales móviles), personal especializado en situaciones críticas, con el equipamiento adecuado, kits de medicinas y alimentos.

- Uno de los riesgos que cada año se presenta en el país, a consecuencia del cambio climático, son las intensas lluvias y sus correspondientes inundaciones y huaycos, que originan decenas de víctimas mortales y daños materiales cuantiosos. Pero también, el cambio climático ha incrementado en un grado la temperatura. Este incremento de la temperatura, y a su vez empleando técnicas para la construcción de invernaderos, está haciendo posible que por encima de los 3,500 metros se pueda desarrollar actividades agrícolas rentables que están resolviendo los problemas de la pobreza extrema en las zonas alto andina, reduciendo los problemas de desnutrición infantil y anemia.

Principales riesgos que se contrarrestaron:

- Al año 2030, si bien hubo un aumento de la población adulto mayor generado por los cambios de la estructura poblacional, se logró evitar que ingresen a una situación de pobreza y vulnerabilidad mediante programas sociales que permitieron brindarles una alimentación y niveles de salud adecuados
- Cuando se ingresó al año 2030, todavía la población tenía malos hábitos alimenticios, que pueden restar calidad de vida a las personas, por el padecimiento de enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares), originando en la mayoría deficiencias que podrían devenir en discapacidad al encontrar barreras en el entorno y en otros, muerte prematura; sin embargo, la puesta en marcha de programas masivos y permanentes está logrando que la población adopte hábitos y estilos de vida saludable desde la temprana edad.
- Desde los últimos años de la década pasada, se está reduciendo notablemente la elevada informalidad y precariedad del empleo que se mantuvo en la década pasada, como resultado de la aplicación de una norma legal que ha establecido un tratamiento preferencial en tasas de interés y tasas impositivas para aquellas MYPES que se formalicen, coadyuvando a la reducción de la informalidad y precariedad del empleo.
- Se logró mitigar el aumento de la delincuencia, consumo de drogas e inseguridad social, impulsado por el aumento de los Ninis, mediante programas de prevención de disfuncionalidad social que les permita insertarse en el sistema económico del país
- La efectividad de los Programas estratégicos de la Policía Nacional, y el Ministerio Público, erradicarán la producción ilegal y falsificación, el contrabando y la comercialización fraudulenta de productos farmacéuticos e insumos médicos sin propiedades curativas reales o sin garantizar la seguridad y calidad de los productos, se ha constituido como una modalidad de continuo crecimiento del crimen organizado en el país.
- La mayor cobertura de los programas que están poniendo en ejecución el MINAGRI, MIDIS, MINSA está reduciendo los niveles de pobreza en las zonas afectadas por el incremento en la frecuencia e intensidad del fenómeno de El Niño, que se manifiesta con alteraciones climáticas, intensas lluvias en el norte y graves sequías en la región altiplánica del sur del país.
- Se están recuperando miles de hectáreas de tierras desertificadas por la salinización del suelo, la erosión hídrica y eólica, la contaminación de suelos por relaves mineros y la compactación por sobrepastoreo; gracias al empleo de biotecnologías para la desalinización de tierras, técnicas de remediación con el empleo de bacterias para la recuperación de suelos contaminados por relaves mineros y técnicas de bioingeniería empleada en el manejo de pastos, así como el uso de especies de fijación de laderas para recuperar tierras deterioradas por la erosión hídrica.
- Los programas sociales del MIDIS, mitigarán la pobreza que podría generar el incremento futuro de la maternidad sola como manifestación de una mayor autonomía por parte de las mujeres, que deben asumir totalmente la economía familiar.

1.4.6. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN SELECCIONADAS

Las alternativas de solución constituyen los posibles cursos de acción que a través de lineamientos de política permitirán alcanzar la situación futura deseada con el concurso de los sectores involucrados.

En ese sentido, se ha analizado cada una de las causas directas del problema público de la PNMS, como son los inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida, limitada cobertura y acceso de la población a servicios de salud e inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población; identificándose un total de 18 alternativas de solución, las mismas que fueron evaluadas y seleccionadas con la participación de los sectores involucrados (Anexo N° 6).

Es necesario resaltar que, en la identificación de las alternativas de solución, se han revisado las evidencias que sustentan estos cursos de acción, respaldadas en organizaciones internacionales que abordan las cuestiones de salud, como la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Asimismo, otras entidades internacionales como Organización Meteorológica Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, opiniones de expertos internacionales expresadas en foros académicos, entre otros.

De igual forma, es preciso señalar que, al haberse considerado la participación sectorial, en los esfuerzos para identificar las actuales intervenciones que se vienen realizando a nivel nacional, especialmente aquellas que requieren el desarrollo de acciones conjuntas en los tres niveles de gobierno y se plasman en los diferentes documentos de gestión de planificación, y tienen un impacto y/o relación con la salud, han sido elaborados con la participación de los sectores involucrados.

A continuación, se presentan las alternativas seleccionadas (Tabla 65).

Tabla 65. Matriz de alternativas de solución seleccionadas

| CAUSA DIRECTA ⁷ | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN |
|--|---|--|
| Inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida | Limitado desarrollo de una cultura de salud en el autocuidado y prácticas saludables de la persona, la familia y la comunidad. | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a las personas |
| | | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a la familia |
| | Limitada corresponsabilidad de las instituciones públicas y organizaciones privadas para generación de una cultura en salud | Establecer una norma de obligatorio cumplimiento para que las instituciones públicas incorporen en el PEI, actividades permanentes para el desarrollo de una cultura de salud en los servidores públicos |
| | | Desarrollar instrumentos legales para que las organizaciones privadas apoyen programas para generación de una cultura en salud |
| Limitada cobertura y acceso de la población a servicios integrales de salud | Limitado acceso a una capacidad resolutive suficiente, integral y de calidad de los servicios de salud en base a las necesidades diferenciadas de las personas. | Mejorar la capacidad resolutive y capacidad de oferta de los servicios de salud en el primer nivel de atención de salud. |
| | | Implementar Redes Integradas de Salud a nivel nacional garantizando el intercambio prestacional en el sector salud |
| | | Implementar el modelo de Cuidado Integral de Salud de la persona, familia y comunidad. |
| | Limitada posibilidad del uso a los bienes y servicios de salud integrales debido a barreras (geográficas, culturales, económicas y brechas de género) | Disminución de las barreras de acceso y continuidad del uso de servicios de salud para las personas usuarias. |
| | | Acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios de salud |
| | Limitado acceso a una atención personalizada y especializada debido a brechas en Recursos Humanos en Salud | Formulación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para distribución equitativa a nivel nacional, regional y local orientada a mejorar la densidad hacia estándares internacionales |
| Fortalecimiento de las competencias profesionales y humanas de los recursos humanos en salud para responder a las necesidades y expectativas de la población | | |
| Inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la | Aumento de la exposición de la población a entornos no saludables e inseguros | Acciones periódicas tendientes a reducir la exposición de la población a entornos no saludables |
| | | Acciones estratégicas periódicas tendientes a reducir la exposición de la población a entornos inseguros |
| | | Adopción de comportamientos de seguridad vial, fortalecimiento de los mecanismos de control y el desarrollo de procedimientos sancionadores inmediatos |



| CAUSA DIRECTA ⁷ | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN |
|----------------------------|---|--|
| salud de la población | | Planes periódicos a desarrollar por entidades públicas y privadas para promover salud en el trabajo y la prevención de enfermedades en el ámbito laboral. |
| | Limitado acceso de la población a agua segura, saneamiento, y otros servicios públicos. | Planes anuales puestos en marcha por los Gobiernos Subnacionales para incrementar el acceso de la población a agua segura, saneamiento, y otros servicios públicos |
| | Incremento de la vulnerabilidad ante la contaminación ambiental, cambio climático y desastres | Programas que deben ser ejecutados por los Gobiernos Sub nacionales para reducir la vulnerabilidad ante la contaminación ambiental, cambio climático y desastres |

Fuente: Elaboración propia

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIO

El Análisis de Costo Beneficio, es una técnica analítica que enumera y compara el costo neto de una intervención en salud con los beneficios que surgen como consecuencia de aplicar dicha intervención. Para realizar este análisis se requieren los costos de la intervención, los cuáles por la magnitud del tema no se disponen en la actualidad; sin embargo, se utilizó una aproximación del beneficio de la implementación de la política.

Para realizar el análisis del beneficio se realizó la proyección de la tendencia de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por causas evitables al año 2030, tomando en cuenta data histórica de estudios de carga de enfermedad, creando dos escenarios: sin implementación de la política y con implementación de la política.

Se observa en la Tabla 66, la proyección de los AVISA perdidos al 2030 sin la realización de intervenciones priorizadas, en comparación con los AVISA perdidos al 2030 con la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS).

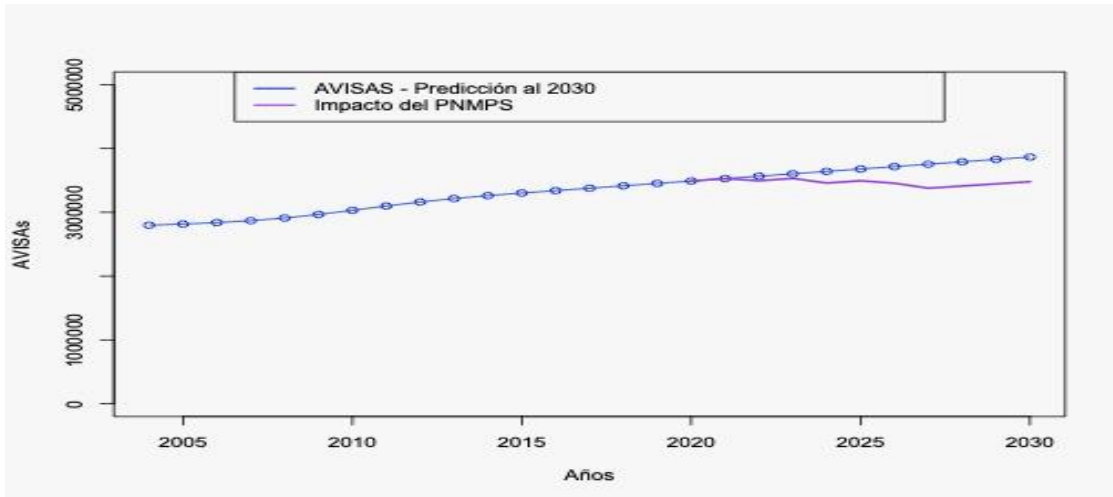
Tabla 66. Datos de AVISA proyectados con y sin PNMS

| Año | AVISA perdidos Proyección sin política | AVISA perdidos Proyección con Política |
|-------------|---|---|
| 2016 | 3339984 | 3339984 |
| 2017 | 3377571 | 3377571 |
| 2018 | 3415159 | 3415159 |
| 2019 | 3452746 | 3452746 |
| 2020 | 3490333 | 3490333 |
| 2021 | 3527921 | 3527921 |
| 2022 | 3565508 | 3494198 |
| 2023 | 3603096 | 3531034 |
| 2024 | 3640683 | 3458649 |
| 2025 | 3678270 | 3494357 |
| 2026 | 3715858 | 3455748 |
| 2027 | 3753445 | 3378101 |
| 2028 | 3791032 | 3411929 |
| 2029 | 3828620 | 3445758 |
| 2030 | 3 866 207 | 3 479 586 |

Fuente: Elaboración propia

Así mismo, de los datos proyectados, se obtiene la Figura 68, que muestra la disminución de los AVISA proyectados al 2030 tras la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS).

Figura 68. Predicción de los AVISA con y sin PNMS.



Elaborado por CDC-MINSA

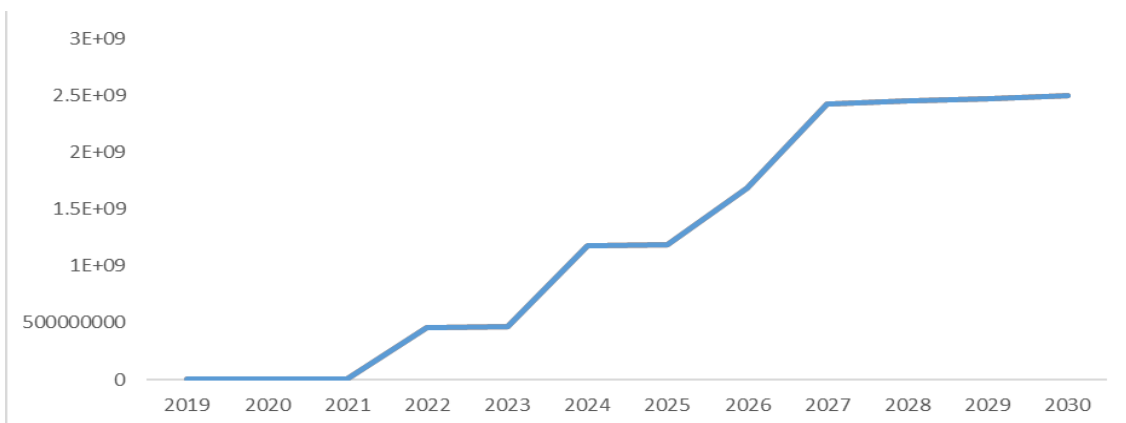
El INB per cápita (anteriormente PIB per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año. El INB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más todos los impuestos a los productos (menos los subsidios) no incluidos en la valuación del producto más las entradas netas de ingreso primario (remuneración de empleados e ingreso por propiedad) del exterior.

Si se pierden años de vida saludable por muerte prematura o deficiencias que devienen en discapacidad, se dejará de aportar económicamente afectando al ingreso nacional bruto, en ese sentido al disminuir los años de vida saludables perdidos, se evita pérdidas económicas en el país.

Según el Banco Mundial para el año 2018 el INB es de \$6,140¹³⁹, con este dato se ha procedido a identificar cuánto sería el costo sin política y con la implementación de la política, identificándose que existe beneficio al implementar la política como lo muestra la Figura 69.

| | |
|------------|-----------------------------|
| VAN | \$/ 5,827,835,152.50 |
|------------|-----------------------------|

Figura 69. Beneficios netos de la PNMS

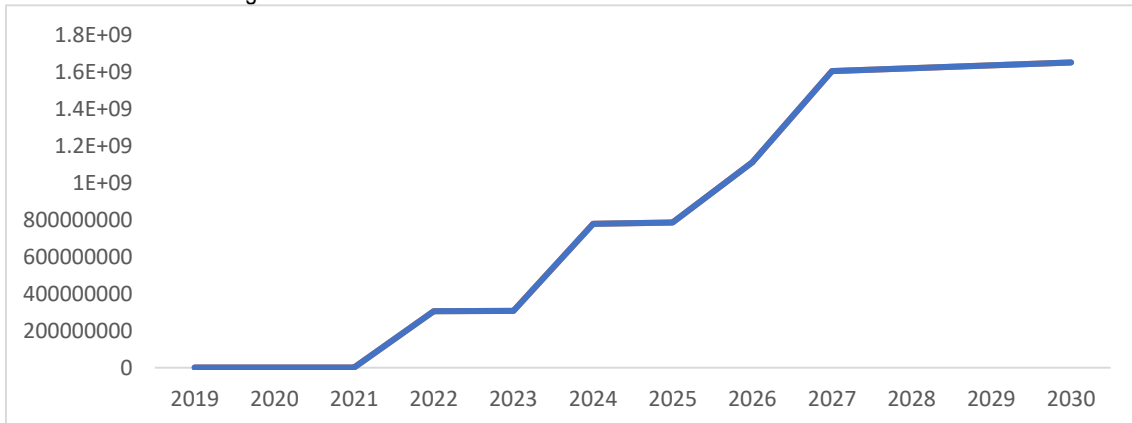


De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad, el 66,2% es producido por enfermedades no transmisibles, el 21,4% a causa de las enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales y solo el 12,5% por accidentes y lesiones.

¹³⁹ <https://datos.bancomundial.org/pais/peru?view=chart>

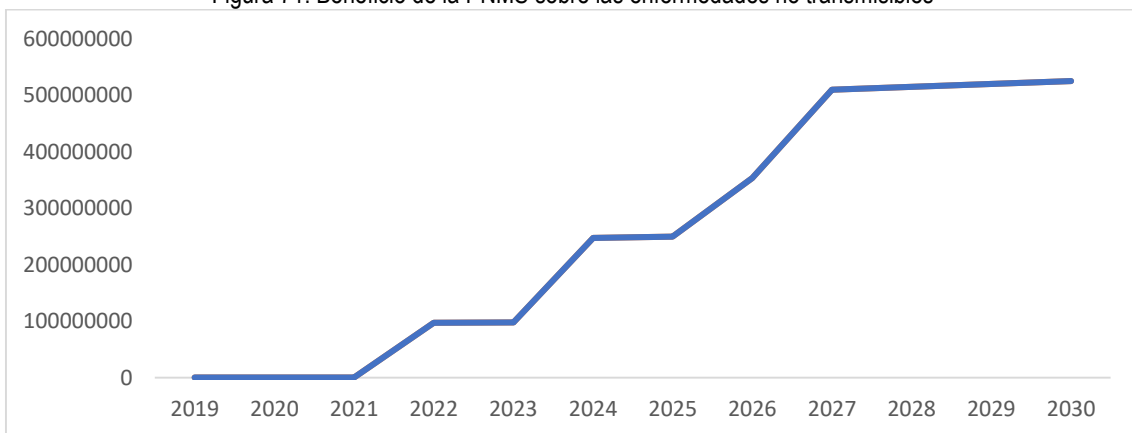
Se ha realizado la proyección del beneficio de la Política sobre las enfermedades transmisibles y se obtiene un VAN de **\$3, 846, 371,200.65** como lo muestra la Figura 70.

Figura 70. Beneficio de la PNMS sobre las enfermedades transmisibles



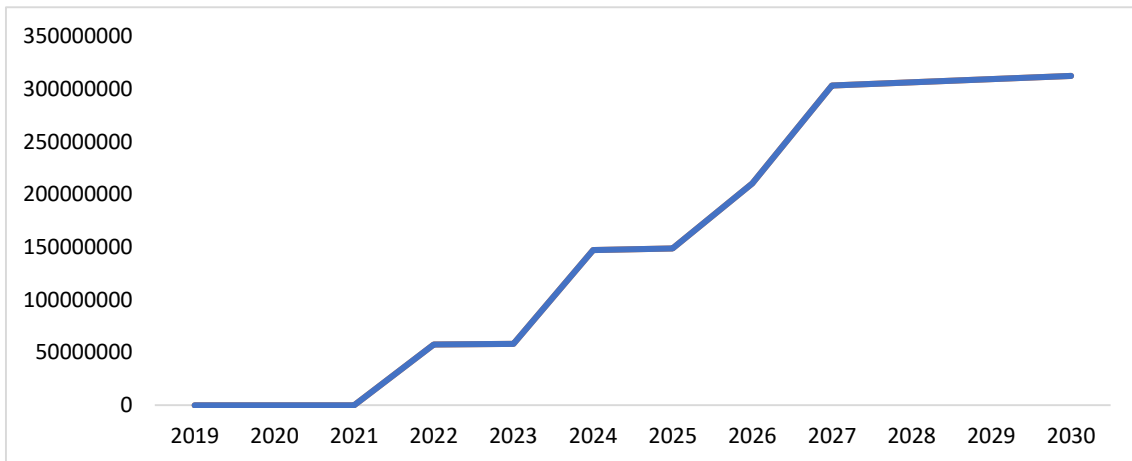
El abordaje de las enfermedades no transmisibles genera un VAN de **S/. 1,223,845,382.03** como beneficio de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Ver Figura 71).

Figura 71. Beneficio de la PNMS sobre las enfermedades no transmisibles



Los accidentes y lesiones contribuyen el 12.5% de las causas que incrementan la carga de enfermedad, generando como beneficio de la Política Nacional Multisectorial de Salud un VAN de **S/. 728,479,394.06**. (Figura 72).

Figura 72. Beneficio de la PNMS sobre los accidentes y lesiones



1.5 POLÍTICAS RELACIONADAS

A continuación, se presentan las fichas de alineamiento de nivel vertical con las Políticas de Estado y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y la ficha de alineamiento de nivel horizontal con políticas nacionales relacionadas de acuerdo con lo establecido en la Guía de Políticas nacionales del CEPLAN.

1.5.1 NIVEL VERTICAL DE ALINEAMIENTO

En cuanto al alineamiento vertical, la Política Nacional Multisectorial de Salud se alinea con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional (Tabla 67) y con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional PEDN (Tabla 68).

Tabla 67. Alineamiento de la PNMS 2030 con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional

| POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL | | | |
|--|---|---|---|
| EJE TEMÁTICO | POLÍTICAS DE ESTADO RELACIONADAS | | OBJETIVO PRIORITARIO DE LA POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD |
| | POLÍTICAS DE ESTADO N° | LITERAL | |
| I. DEMOCRACIA Y ESTADO DE DERECHO | Política 5.- Gobierno en función de Objetivos con Planeamiento, Prospectiva Nacional y Procedimientos Transparentes | (b) promoverá que la gestión gubernamental alcance los objetivos establecidos en los planes estratégicos, respaldada por un sistema de control del cumplimiento de los objetivos y las metas presupuestarias. | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| | Política 8.- Descentralización Política, Económica y Administrativa para propiciar el Desarrollo Integral, Armónico y Sostenido del Perú | (c) promoverá la eficiencia y transparencia en la regulación y provisión de servicios públicos, así como en el desarrollo de infraestructura en todos los ámbitos territoriales | OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. |
| II. EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL | Política 10.- Reducción de la Pobreza. | (d) asignará recursos crecientes de inversión social en educación y salud para maximizar la eficiencia de los programas, orientándolos hacia las personas de mayor pobreza | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| | Política 12.- Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte. | (a) garantizará programas educativos orientados a la formación y al desarrollo de familias estables, basados en el respeto entre todos sus integrantes; | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. |
| | | (d) afianzará la educación básica de calidad, relevante y adecuada para niños, niñas, púberes y adolescentes, respetando la libertad de opinión y credo | |
| | | (m) fomentará una cultura de prevención de la drogadicción, pandillaje y violencia juvenil en las escuelas | |
| | Política 13.- Acceso Universal a los servicios de salud y a la seguridad social | (c) ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales; | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| | | (e) promoverá hábitos de vida saludables; | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. |
| (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; | | OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | |

| POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL | | | |
|--|--|--|---|
| EJE TEMÁTICO | POLÍTICAS DE ESTADO RELACIONADAS | | OBJETIVO PRIORITARIO DE LA POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD |
| | POLÍTICAS DE ESTADO N° | LITERAL | |
| | | (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; | |
| | | (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas; | |
| | | (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; | |
| | | (d) desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y reemergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región; | |
| | | (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños y niñas, las personas adultas mayores y discapacitados; | |
| | | (h) promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción; | |
| | | (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes; | |
| | | (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social; | |
| | | (m) desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población | |
| | | (n) promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional | |
| | | (l) incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud; | |
| | Política 15.- Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición | (a) alentará una producción de alimentos sostenible y diversificada, aumentando la productividad, luchando contra las plagas y conservando los recursos naturales, tendiendo a disminuir la dependencia de la importación de alimentos | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| | | (b) garantizará que los alimentos disponibles sean económicamente asequibles, apropiados y suficientes para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes de la población | |

| POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL | | | |
|--|--|---|--|
| EJE TEMÁTICO | POLÍTICAS DE ESTADO RELACIONADAS | | OBJETIVO PRIORITARIO DE LA POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD |
| | POLÍTICAS DE ESTADO N° | LITERAL | |
| | | (e) aplicará, junto con los gobiernos locales y la sociedad organizada, controles de calidad y vigilancia sobre la producción, comercialización, almacenamiento y distribución de alimentos para consumo humano, que aseguren la idoneidad y condiciones sanitarias de los mismos | |
| | | (f) garantizará el saneamiento básico | |
| | | (h) tomará medidas contra las amenazas a la seguridad alimentaria, como son las sequías, la desertificación, las plagas, la erosión de la diversidad biológica, la degradación de tierras y aguas, para lo que promoverá la rehabilitación de la tierra y la preservación de los germoplasmas | |
| | | (j) hará posible que las familias y las personas expuestas a la inseguridad alimentaria satisfagan sus necesidades alimenticias y nutricionales, y prestará asistencia a quienes no estén en condiciones de hacerlo | |
| | | (k) asegurará el acceso de alimentos y una adecuada nutrición, especialmente a los niños y las niñas menores de cinco años y lactantes, mujeres gestantes y niños en etapa escolar, pobres, pobres extremos y vulnerables, así como familias en situación de pobreza o riesgo, promoviendo una amplia participación, vigilancia y autogestión de la sociedad civil organizada y de las familias beneficiarias | |
| | | (l) desarrollará una política intersectorial participativa de seguridad alimentaria, con programas descentralizados que atiendan integralmente los problemas de desnutrición | |
| | | (m) estimulará y promoverá la lactancia materna en el primer año de vida | |
| | | (n) otorgará complementos y suplementos alimentarios y nutricionales a los pobres extremos y vulnerables | |
| | | (o) capacitará y educará a la población en temas de nutrición, salud, higiene, vigilancia nutricional y derechos ciudadanos, para lograr una alimentación adecuada | |
| | | (p) incorporará contenidos de educación nutricional en los programas educativos | |
| | | (q) recuperará y valorará los saludables saberes y hábitos nutricionales originales | |
| | | (r) difundirá las virtudes nutricionales de los derivados agro-industriales en los cultivos locales | |
| | | Política 16.- Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez y la Juventud. | |
| | (f) prevendrá el pandillaje y la violencia en los jóvenes y promoverá programas de reinserción de las y los adolescentes infractores | | |

| POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| EJE TEMÁTICO | POLÍTICAS DE ESTADO RELACIONADAS | | OBJETIVO PRIORITARIO DE LA POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD |
| | POLÍTICAS DE ESTADO N° | LITERAL | |
| | | (k) fortalecerá sistemas de cuidado infantil diurno desde una perspectiva multisectorial | |
| | | (p) institucionalizar políticas multisectoriales para la reducción de la violencia familiar y juvenil | |
| | | (l) apoyará la inversión privada y pública en la creación de espacios de recreación, deporte y cultura para los jóvenes, en especial de zonas alejadas y pobres | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. |
| III. COMPETITIVIDAD DEL PAÍS | Política 19: Desarrollo Sostenible y Gestión Ambiental | (a) fortalecerá la institucionalidad de la gestión ambiental optimizando la coordinación entre la sociedad civil, la autoridad ambiental nacional, las sectoriales y los niveles de gestión descentralizada, en el marco de un sistema nacional de gestión ambiental; | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| | | (g) promoverá y evaluará permanentemente el uso eficiente, la preservación y conservación del suelo, subsuelo, agua y aire, evitando las externalidades ambientales negativas | |
| | Política 20: Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología | (a) asignará mayores recursos, aplicará normas tributarias y fomentará otras modalidades de financiamiento destinado a la formación de capacidades humanas, la investigación científica, la mejora de la infraestructura de investigación y la innovación tecnológica | OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. |
| | | (c) procurará la formación de recursos humanos altamente calificados en los sectores productivos más promisorios para la economía nacional | |
| | Política 21.- Desarrollo en Infraestructura y Vivienda | (b) otorgará un tratamiento especial a las obras de servicio social, con especial énfasis en la infraestructura de salud, educación, saneamiento, riego y drenaje para lo cual buscará la participación de la empresa privada en su gestión | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| | | (g) apoyará a las familias para facilitar el acceso a una vivienda digna; | |
| (k) fomentará el saneamiento físico legal, así como la titulación de las viviendas para incorporar a los sectores de bajos recursos al sistema formal | | | |
| | | (l) buscará mejorar la calidad de las viviendas autoconstruidas. | |
| IV. ESTADO EFICIENTE, TRANSPARENTE Y DESCENTRALIZADO | Política 27.- Erradicación de la Producción, el Tráfico y el Consumo Ilegal de Drogas | (c) promoverá sistemas de prevención del consumo de drogas y de rehabilitación de los farmacodependientes. | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. |

Tabla 68. Alineamiento de la PNMS 2030 con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN – Plan Bicentenario)

| PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO NACIONAL (PEDN) | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|---|
| OBJETIVO NACIONAL | OBJETIVO NACIONAL ESPECÍFICO | | OBJETIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | | |
| | Objetivo Específico | Actividad Estratégica | | | | |
| Plena vigencia de los derechos fundamentales y la dignidad de las personas | 1: Vigencia plena y ejercicio efectivo de los derechos y libertades fundamentales | Desarrollar la normativa, las políticas públicas y las acciones afirmativas necesarias para garantizar la participación en las decisiones públicas de los grupos más vulnerables (no discriminación). | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | | | |
| Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos | 1: Acceso equitativo a una educación integral que permita el desarrollo pleno de las capacidades humanas en sociedad | Expandir la oferta educativa e implementar modelos de atención con el fin de garantizar la conclusión por los estudiantes de la educación básica, incluyendo los aprendizajes de la población rural, vernáculo hablante y pobre extrema. | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | | | |
| | 2: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad | Ampliar la participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud con articulación entre el Estado y la sociedad civil. | | <p>Dotar a los establecimientos de salud de la infraestructura y el equipamiento necesarios.</p> <p>Dotar de personal a los establecimientos de salud de acuerdo con sus necesidades y capacidad resolutive, en una lógica de red.</p> <p>Fortalecer el primer nivel de atención en el país, especialmente en los departamentos con mayor nivel absoluto de pobreza.</p> <p>Aplicar la medicina preventiva, con énfasis en el diagnóstico temprano de los casos de cáncer en todas sus formas.</p> <p>Mejorar los programas de prestaciones en salud para las personas adultas mayores.</p> <p>Definir prioridades sanitarias a nivel regional y asegurar el financiamiento necesario para una intervención oportuna.</p> <p>Ampliar el acceso de las mujeres a los partos institucionales con adecuación cultural.</p> <p>Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el desarrollo de las actividades del aseguramiento universal en salud.</p> <p>Ejecutar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el SIS, ESSALUD, EPS, seguros privados y sanidad de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales.</p> | | |
| | | 4: Acceso universal de la población a servicios adecuados de agua y electricidad | Garantizar el abastecimiento de agua segura para toda la población. | | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | |
| | | | 5: Acceso y mejoramiento de la vivienda de la población | | | Incorporar el enfoque de interculturalidad en la construcción de viviendas nuevas y el mejoramiento habitacional. |

1.5.2 NIVEL HORIZONTAL DE ALINEAMIENTO

Tabla 69. Matriz de alineamiento horizontal

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|---|--|--|---|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | POLÍTICA NACIONAL DEL DEPORTE (DS N° 003-2017-MINEDU) | 1. Incrementar el número de personas practicando y consumiendo deporte | Lograr que la mayor cantidad de personas practiquen deporte a lo largo de su vida como filosofía de vida para el desarrollo de una cultura deportiva en el país |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos: | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida saludables, como el deporte. | | |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCION Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN EL PERU 2017-2021 | Contribuir a nivel nacional, con la reducción y control de la anemia infantil y desnutrición infantil DCI, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial | Objetivo 2. Mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante incorporando alimentos de hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada en un contexto de alimentación saludable. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida saludables a través de prácticas de alimentación para la población de jóvenes, en la que se incluye a las mujeres, en el primero, y en el segundo a los menores de edad y madres gestantes. | | |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | POLÍTICA NACIONAL DE JUVENTUD (D.S. 013-2019-MINEDU) | OP3. Incrementar la atención integral de salud de la población joven. | L3.2. Desarrollar mecanismos y estrategias para orientar la atención de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, salud mental y salud física y nutricional en la etapa de vida joven. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida y entornos saludables hacia la población de jóvenes y personas adultas mayores, los más vulnerable a la discriminación, en la que se incluye a las mujeres, en ambos. | | |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN AMBIENTAL (DS 017-2012-ED) | OE1. Asegurar el enfoque ambiental en los procesos y la institucionalidad educativa, en sus diferentes etapas, niveles, modalidades y formas. | Lineamiento 1. Aplicar el enfoque ambiental en la educación básica a través de la gestión institucional y pedagógica, la educación en ecoeficiencia, en salud, en gestión del riesgo y otros que contribuyen a una educación de calidad y una cultura de prevención y responsabilidad ambiental. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida y entornos saludables hacia la población de jóvenes y personas adultas mayores, los más vulnerable a la discriminación, en la que se incluye a las mujeres, en ambos. | | |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Implementar estrategias que incremente la lactancia materna apropiada en la población. | PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCION Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN EL PERU 2017-2021 (RM N° 249-2017/MINSA) | Contribuir a nivel nacional, con la reducción y control de la anemia infantil y desnutrición infantil DCI, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial | Objetivo 2. Mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante incorporando alimentos de hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada en un contexto de alimentación saludable. Actividad 10. Promoción de Alimentación Saludable |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida saludables a través de prácticas de alimentación, siendo una de ellas, la lactancia materna | | |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|--|--|---|---|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Realizar acciones para asegurar el conocimiento y cumplimiento de las medidas y condiciones de seguridad y salud en el trabajo, en todas las organizaciones. | POLÍTICA Y PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2017 – 2021 (DS N° 002-2013-TR y DS N° 005-2017-TR) | Promover el cumplimiento de la normativa sobre seguridad y salud en el trabajo, mediante el fortalecimiento de la fiscalización y la promoción de mecanismos de autoevaluación de los sistemas de gestión. | 3.1 Mejorar cualitativa y cuantitativamente la capacidad operativa de las entidades encargadas de verificar el cumplimiento de la normativa relativa a seguridad y salud en el trabajo, a nivel nacional y regional, con la asignación de recursos necesarios y suficientes. Estrategia 3.1.1 Fortalecer la actuación inspectiva a cargo de SUNAFIL, el MTPE y SERVIR, en el correspondiente ámbito de su competencia, para la verificación de cumplimiento de la normatividad en materia de seguridad y salud en el trabajo. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos proponen generar estrategias para promover la seguridad y salud en el trabajo | | |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Regular los contenidos, etiquetado y publicidad de alimentos procesados. | PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 2015-2021 (DS N° 008-2015-MINAGRI) | Garantizar que la población logre satisfacer, en todo momento, sus requerimientos nutricionales. | Objetivos Específicos: a) Garantizar la disponibilidad en cantidades suficientes de alimentos de origen agropecuario e hidrobiológico, inocuos y nutritivos con un nivel de producción adecuada. b) Asegurar el acceso a alimentos inocuos y nutritivos para toda la población preferentemente a la más vulnerable. c) Asegurar el consumo adecuada de alimentos inocuos y nutritivos respetando los hábitos alimenticios y la interculturalidad de cada departamento. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida saludables a través de prácticas de alimentación. | | |
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. | Regular los contenidos, etiquetado y publicidad de alimentos procesados. | POLITICA NACIONAL DE PROTECCION DEL CONSUMIDOR (D.S 006-2017) | contribuir a un mayor y más eficaz nivel protección de los derechos de los consumidores con equidad y con mayor incidencia en los sectores de consumidores más vulnerables, debiendo para ello consolidar e integrar de modo progresivo el Sistema Nacional Integrado de Protección del Consumidor, en tanto el mismo fue creado como herramienta para el logro de dicho objetivo | EJE DE POLÍTICA 2: PROTECCIÓN DE LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS CONSUMIDORES. Garantizar la protección de la salud y seguridad de los consumidores en sus relaciones de consumo. a) Diseño, creación e implementación del Sistema de Alerta de productos y servicios peligrosos para la acción oportuna frente a estos. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos proponen generar estrategias preventivas de promoción de estilos de vida saludables a través de prácticas de alimentación. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población. | REGLAMENTO DE LA LEY N° 29344, LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD | TÍTULO VII: DE LA ARTICULACIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA | Artículo 140.- DE LA ARTICULACIÓN DE LAS IAFAS: a. Tener un modelo de afiliación y atención estandarizado y organizado de manera tal que garantice la portabilidad de la condición de asegurados de sus afiliados al interior de la red de servicios contratada. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La PNMS propone garantizar el derecho a que las personas usuarias puedan acceder a la atención de salud en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de distintos subsistemas independientemente de su afiliación a determinada IAFAS. Se requerirá establecer el marco regulatorio y los procedimientos que permitan el reconocimiento de este derecho tanto por las IAFAS como por las IPRESS. | | |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|--|---|---|---|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar Redes Integradas de Salud para la atención de la población. | D.T. LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD (REDES INTEGRADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD) | Establecer lineamientos que orienten la prestación de servicios en las redes de servicios de salud. | 1. Las redes de servicios deben establecerse en función del territorio, su población y accesibilidad y el servicio debe estar centrado en la persona. 2. La oferta de servicios de salud debe determinarse en base a las necesidades de salud de la población de la red. 3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) deben garantizar la continuidad de la atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque el primero busca desarrollar las competencias y capacidades de los recursos humanos en salud en las RIS implementadas y el segundo busca la asignación y asignación de los recursos humanos de manera eficiente para la prestación de la cartera de servicios de la red. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Fortalecer el servicio de telesalud para la población de zonas aisladas. | POLITICA NACIONAL DE GOBIERNO ELECTRONICO 2013-2017 (DS N° 081-2013-PCM) | 1. Fortalecer el gobierno electrónico en las entidades de la Administración Pública, garantizando su interoperabilidad y el intercambio de datos espaciales con la finalidad de mejorar la prestación de los servicios brindados por las entidades del Estado para la sociedad, fomentando su desarrollo. | N.A. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque el primero busca incorporar e innovar las tecnologías sanitarias, y tecnologías de información y de comunicación para el cuidado integral de salud, y el segundo busca acercar el Estado a las personas, de manera articulada, a través de las tecnologías de la información que aseguren el acceso oportuno e inclusivo a la información y participación ciudadana con la finalidad de mejorar la prestación de los servicios brindados por las entidades del Estado para la sociedad, fomentando su desarrollo. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población | REGLAMENTO DE LA LEY N° 29344, LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD | TÍTULO VII: DE LA ARTICULACIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA | Artículo 139.- INTEGRACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. El Aseguramiento Universal en Salud promueve la interacción articulada y progresiva de los agentes de financiamiento y prestación de servicios para eliminar la fragmentación, las barreras de acceso y las inequidades en salud, en la búsqueda de garantizar el derecho de toda persona al acceso pleno y progresivo al aseguramiento en salud con la mayor libertad de elección dentro de la legislación vigente. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y la PNMS coinciden en enfrentar la segmentación y fragmentación del sistema de salud proponiendo en términos de la prestación, la complementariedad e intercambio de servicios de salud, en post de funcionar bajo la modalidad de redes de salud que permiten la continuidad e integralidad de la atención de las personas. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida. | POLITICA NACIONAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES (DS N° 011-2011-MIMDES) | 1. Mejorar la calidad de vida de toda la población adulta mayor, independientemente de su edad, sexo o etnia, con el propósito de que vivan un proceso de envejecimiento saludable. 2. Asegurar servicios idóneos de salud y seguridad social, vivienda digna, recreación y cultura, que permita a las personas adultas mayores mantener | Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socios sanitarios. |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|--|--|---|--|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| | | | una actividad física, intelectual, afectiva y social, dando prioridad a los sectores de mayor pobreza | |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La política nacional de personas adultas mayores (DS N°011-2011-MIMDES) establece los objetivos de mejorar la calidad de vida y la provisión de servicios integrales de salud para mejorar el bienestar de las personas adultas mayores. La PNMS establece como enfoques el curso de vida y el de provisión de cuidados integrales enfocados en la persona, familia y comunidad; estos enfoques permiten operacionalizar los lineamientos de la política dirigida a las personas adultas mayores. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida. | LINEAMIENTOS DE POLITICAS DE SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES (RM N° 107/2005/MINSA) | Disminuir las condiciones de vulnerabilidad. Disminuir las brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud, y por tanto, disminuir la mortalidad y morbilidad de adolescentes. | 1. Acceso Universal de los/las adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con especial énfasis en salud mental, salud sexual, y reproductiva. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La PNMS a través del enfoque de curso de vida y cuidados integrales, permite operacionalizar los servicios integrales que demandan las y los adolescentes y que requieren una atención diferenciada. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida. | PLAN NACIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2012-2021 (DS N° 001-2012-MIMP) | Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad. Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad. Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad. Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad. | |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La PNMS a través del enfoque de curso de vida y cuidados integrales, permite operacionalizar los servicios integrales que demandan las y los adolescentes y que requieren una atención diferenciada. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida.. | LINEAMIENTOS DE POLITICA DE LA PROMOCION DE LA SALUD EN EL PERU (RM N° 366-2017-SA) | Establecer los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, así como los principios y doctrinas que orienten la formulación y ejecución de políticas sanitarias en todos los sectores en los tres niveles de gobierno, para fortalecer dicha función esencial de salud pública en el país. | 2. La persona, la familia y la comunidad como el centro de la gestión territorial en salud. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La PNMS pone énfasis en abordar los determinantes sociales de la salud y en priorizar las acciones de mantenimiento o promoción de la salud y de la prevención de enfermedades. Estos aspectos concuerdan con los lineamientos de política de promoción de la salud establecidos por la RM N° 366-2017-SA. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida. | POLITICA NACIONAL PARA LA TRANSVERSALIZACION DEL ENFOQUE INTERCULTURAL (DS N° 003-2015-MC) | Orientar, articular y establecer los mecanismos de acción del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de la población culturalmente diversa del país, particularmente de los pueblos indígenas y la población afroperuana, promoviendo un Estado que reconoce la diversidad cultural innata a nuestra sociedad, opera con pertinencia cultural y contribuye así a la inclusión social, la integración nacional y eliminación de la discriminación. | 1. Desarrollar una institucionalidad para transversalizar el enfoque intercultural en las políticas públicas, planes, programas y proyectos de los sectores, organismos constitucionalmente autónomos y gobiernos regionales y locales. 2. Garantizar estándares de calidad en la prestación de servicios públicos a la ciudadanía que cumplan con criterios pertinentes a las realidades socioculturales y lingüísticas de los diversos grupos culturales. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque el primero busca organizar el servicio para la implementación del modelo de cuidado integral el incluye enfoque intercultural, y el segundo busca establecer la transversalización del enfoque intercultural en los diferentes sectores. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de | Prescribir y usar racionalmente y con seguridad los | POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (RM N° 1240-2004/MINSA) | N.A. | 1. Asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales como componente fundamental de la atención integral en salud. |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|--|--|---|---|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| salud de calidad y oportunos a la población. | medicamentos y dispositivos médicos esenciales de acuerdo a las normas nacionales en el Sistema Nacional de Salud. | | | 2. Garantizar la seguridad, eficacia y calidad, de todos los medicamentos que se comercializan en el mercado nacional, mediante el fortalecimiento de la Autoridad Reguladora. 3. Fomentar una cultura de uso racional de medicamentos a nivel nacional. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque el primero busca garantizar la provisión de servicios en el marco del cuidado integral, y el segundo busca lograr un mejor acceso de la población a medicamentos esenciales, seguros, de calidad y eficaces, promoviendo su uso racional. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Prescribir y usar racionalmente y con seguridad los medicamentos y dispositivos médicos esenciales de acuerdo a las normas nacionales en el Sistema Nacional de Salud. | LINEAMIENTOS DE POLITICA DE ACCESO A PRODUCTOS BIOTECNOLOGICOS (RM N° 259-2016/MINSA) | N.A. | Acceso a productos biotecnológicos. Calidad, seguridad y eficacia. Uso racional de productos biotecnológicos. Investigación, Innovación y Desarrollo. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque el primero busca garantizar la provisión de servicios en el marco del cuidado integral el cual incluye la cadena de abastecimiento de los medicamentos y dispositivos médicos, y su uso racional y seguro, y el segundo busca contribuir al acceso de las personas a los productos biotecnológicos de calidad, seguros y eficaces, con un enfoque de uso racional. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar Redes Integradas de Salud para la atención de la población. | PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD (RM N° 589-2007/MINSA) | 3.2.2 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD 2007 – 2011 Objetivo 3: Mejora de la Oferta y Calidad de los Servicios Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de las personas usuarias. | LINEAMIENTOS DE POLITICA 5: Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Este lineamiento se complementa con la PNMS porque ambos hablan sobre el Derecho a la salud: Se basa en el respeto a la dignidad de toda persona que implica la obligación estatal inmediata de brindar garantías para la igualdad en el trato y la no discriminación en la atención de la salud. Lo cual, es fundamental para garantizar el acceso de la población excluida y más vulnerable a servicios de salud oportunos y de calidad. El enfoque de derechos, entonces, constituye el conjunto de procesos y prácticas mediante las cuales la gente hace que los derechos sean una realidad (se garanticen, se respeten y se protejan de manera eficaz y universal). | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Formar acorde al modelo de cuidado integral de salud los recursos humanos del sector salud. | LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 2018-2030. (RM N° 1357-2018/MINSA) | 2. Disponer de Recursos Humanos en Salud suficientes, disminuyendo la Inequidad de RHUS a nivel nacional. | a. Formular estrategias de dotación de RHUS, para el cierre de brechas de RHUS y la distribución equitativa a nivel nacional, regional y local, orientadas a mejorar la densidad de RHUS hacia estándares internacionales. b. Formular mecanismos para el reclutamiento, selección y retención de RHUS en las instituciones del Sistema de Salud según el análisis de puestos y perfiles definidos. |
| | | | 3. Fortalecer las competencias profesionales y humanas de los recursos humanos en salud para responder eficazmente a las necesidades, demandas y expectativas en salud de la población peruana. | b. Incentivar las intervenciones que contribuyan a mejorar o mantener el rendimiento laboral del personal de salud considerando los resultados de la evaluación y seguimiento. |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|--|---|--|---|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias para el desarrollo de recursos humanos. El primero tiene énfasis en el desarrollo de las capacidades y competencias de recursos humanos de acuerdo con el perfil de transición de la carga de enfermedad, y el segundo busca disponer del personal requerido para satisfacer las necesidades de salud de la población, suficiente en cantidad, competente y comprometido con los objetivos sanitarios del país. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Formar acorde al modelo de cuidado integral de salud los recursos humanos del sector salud. | POLITICA NACIONAL DE CULTURA | OP1. Fortalecer la valoración de la diversidad cultural | 1.3. Desarrollar estrategias para la incorporación de la pertinencia cultural en los servicios públicos |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan, debido a que los servicios de salud deben asegurar la pertinencia y adecuación cultural. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población | POLÍTICA NACIONAL DE JUVENTUD (D.S. 013-2019-MINEDU) | OP3. Incrementar la atención integral de salud de la población joven. | L3.2. Desarrollar mecanismos y estrategias para orientar la atención de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, salud mental y salud física y nutricional en la etapa de vida joven. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias para garantizar el cuidado integral de la población juvenil | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población | ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL” INCLUIR PARA CRECER” | “Establecer el marco general de la política de desarrollo e inclusión social para las intervenciones articuladas de las entidades de los tres niveles de gobierno vinculadas al sector, ordenándolas y orientándolas a los resultados prioritarios de desarrollo e inclusión social, reconociendo las competencias y procesos en marcha.” | --- |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Las estrategias se relacionan porque ambos proponen generar acciones para garantizar el cuidado integral de la población. | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población | LINEAMIENTOS "PRIMERO LA INFANCIA" (D.S. N° 010-2016-MIDIS) | Establecer los lineamientos que orienten el logro de resultados e intervenciones que garanticen el desarrollo infantil temprano. | --- |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias que articulen las intervenciones del Estado a favor de la primera infancia | | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población. | POLÍTICA NACIONAL DE JUVENTUD (D.S. N° 013-2019-MINEDU) | OP3. Incrementar la atención integral de salud de la población joven. | L.3.1. Incrementar el aseguramiento de la población joven al Seguro Integral de Salud. |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|---|--|---|---|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan porque ambos proponen generar estrategias que garanticen el aseguramiento universal de la población juvenil y con ello garantizar la portabilidad para el acceso a los servicios de salud y la continuidad de la atención. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Mejorar el cuidado de personas víctimas de la violencia de género, violencia contra niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. | LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE LA CONVIVENCIA ESCOLAR, LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (DS N° 004-2018-MINEDU) | Finalidad: Establecer las directrices de orientación para la gestión de la convivencia escolar, la prevención y la atención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en las instituciones educativas, a fin de aportar al desarrollo integral de las y los estudiantes en entornos escolares seguros y libres de violencia, y a la consolidación de una comunidad educativa que ejerza con plenitud sus derechos y responsabilidades. | Líneas de Acción: b. Prevención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes. Es la intervención que se anticipa a las situaciones de violencia que puedan presentarse en la institución educativa o fuera de ella, mediante la implementación de acciones preventivas de acuerdo a las necesidades propias de su contexto. Está dirigida a toda la comunidad educativa, especialmente a quienes se encuentran frente a una mayor exposición a la violencia directa o potencial. Se sostiene en el establecimiento de una red de aliados estratégicos con capacidad de actuación y soporte frente a las situaciones de violencia que puedan presentarse. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | El lineamiento va acorde con la norma técnica para el desarrollo del programa escolar para los alumnos de todos los IE, orientado a la prevención y atención de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, acorde a la Ley 30490, ley del adulto mayor que promueve el buen trato a la persona adulta mayor. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Mejorar el cuidado de personas víctimas de la violencia de género, violencia contra niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. | PLAN MULTIANUAL DE REPARACIONES EN EDUCACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA EN EL PERÚ - REPAEDUCA 2016-2021 (RM N° 351-2016-MINEDU) | Dar cumplimiento al PRED en favor de las víctimas, garantizando su derecho a la educación en el marco de las modalidades y componentes de las reparaciones educativas individuales y colectivas. | No aplica |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | El lineamiento de la PNMS desarrolla el abordaje integral con énfasis en la prevención de condiciones de vulnerabilidad, como la violencia, bajo el principio de articulación multisectorial. El trabajo colaborativo salud - educación a través de un plan multianual para las víctimas de la violencia tiene como principal objetivo la restitución de sus derechos y la atención de sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Mejorar el cuidado de personas víctimas de la violencia de género, violencia contra niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. | POLÍTICA NACIONAL DE JUVENTUD (D.S. N° 013-2019-MINEDU) | OP5. Reducir la discriminación hacia la población joven en situación de vulnerabilidad. | L.5.1. Implementar estrategias para la atención de la población joven afectada por la discriminación de género. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | El lineamiento de la PNMS desarrolla el abordaje integral con énfasis en la prevención de condiciones de vulnerabilidad, como la violencia, bajo el principio de articulación multisectorial. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Fortalecer la seguridad vial para la reducción de accidentes de tránsito. | PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL PENsv 2017-2021 (DS N° 019-2017-MTC) | Reducir las consecuencias que generan los siniestros de tránsito sobre las vidas humanas | AE1.-Mejorar la Gobernanza del Sistema de Seguridad Vial. AE2.-Mejorar las Condiciones de Seguridad de la Infraestructura Vial. AE3.-Mejorar las Condiciones de Seguridad de los Vehículos. AE4.-Fortalecer la Ciudadanía en Seguridad Vial. AE5.-Mejorar la Respuesta de Atención de Emergencias de Víctimas de Siniestros viales. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos sectores buscan mejorar las condiciones de seguridad vial, principalmente a través de medidas preventivas y correctivas necesarias para reducir los niveles de riesgo y exposición de los usuarios de las vías. | | |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|---|--|--|--|--|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Ampliar la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento de la población | POLÍTICA NACIONAL DE SANEAMIENTO (DS N° 007-2017-VIVIENDA) | Atender a la población sin acceso a los servicios, y de manera prioritaria a la de escasos recursos. | 1. Incorporar al servicio al 100 % de peruanos del ámbito urbano en el año 2021 y al 100 % de peruanos del ámbito rural en el año 2030. 2. Priorizar el acceso a la población sin servicio, con altos niveles de pobreza y que no han sido beneficiarios de los recursos del canon. 3. Implementar un esquema de ejecución de inversiones orientado al cierre de brechas en el ámbito de responsabilidad de SEDAPAL. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos sectores buscan el acceso universal, sostenible y de calidad a los servicios de saneamiento. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Fortalecer el Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental en fuentes de agua de consumo humano. | POLÍTICA NACIONAL DEL AMBIENTE (DS N° 012-2009-MINAM) | Eje de Política 2: GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD AMBIENTAL 4. Incorporar criterios de ecoeficiencia y control de riesgos ambientales y de la salud en las acciones de los sectores público y privado. | 2. CALIDAD DEL AGUA a) Impulsar una adecuada calidad ambiental de los cuerpos de agua del país de acuerdo a estándares que permitan evitar riesgos para la salud y al ambiente. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque ambos proponen generar estrategias articuladas con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas garantizando la existencia de ecosistemas saludables. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Fortalecer el Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental en fuentes de agua de consumo humano. | POLÍTICA Y ESTRATEGIA NACIONAL DE RECURSOS HÍDRICOS (DS N° 013-2015-MINAGRI) | c) Atender de manera oportuna la demanda de los recursos hídricos para promover el acceso universal al agua potable en el marco de la seguridad hídrica y la seguridad alimentaria, priorizando el desarrollo de infraestructura hidráulica para satisfacer la demanda multisectorial hídrica, poblacional y agraria en zonas de mayor vulnerabilidad. | Estrategia de intervención 1.2: Evaluar la oferta, disponibilidad y demanda de los recursos hídricos en el país. 5. Implementar y densificar la red de medición hidrométrica, que provee información para la cuantificación y evaluación de los recursos hídricos para la toma de decisiones. 6. Establecer un sistema de control y vigilancia que monitoree la información de la red de medición y advierta sobre los niveles de riesgos de disponibilidad del recurso hídrico. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se complementan porque en el primero se refiere a la gestión de riesgos ambientales como producto de contaminación de metales pesados y en el segundo al monitoreo de riesgo de los recursos hídricos en general. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Garantizar el adecuado manejo de residuos sólidos. | PLAN NACIONAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS 2016-2024 | Promover y alcanzar la cobertura universal del servicio de limpieza pública en base a sistemas de gestión integral y sostenible a fin de prevenir la contaminación ambiental y proteger la salud de la población. | Adopción de medidas de minimización de residuos sólidos a través de la máxima reducción de sus volúmenes de generación y características de peligrosidad. Establecimiento de un sistema de responsabilidad compartida y de manejo integral de los residuos sólidos, desde la generación hasta la disposición final, a fin de evitar situaciones de riesgo e impactos negativos a la salud humana y el ambiente, sin perjuicio de las medidas técnicamente necesarias para el mejor manejo de los residuos sólidos peligrosos. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | La PNMS 2030 contempla el correcto manejo de residuos sólidos, lineamiento que concuerda con lo establecido en el Plan Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos | | |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD | | POLÍTICA NACIONAL CON LA QUE SE COMPARA | | |
|---|---|--|--|---|
| OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO | NOMBRE DE LA POLÍTICA | OBJETIVO PRIORITARIO | LINEAMIENTO |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Mejorar el monitoreo de la calidad del aire. | POLÍTICA NACIONAL DEL AMBIENTE (DS N° 012-2009-MINAM) | Objetivo. Específico 2 Asegurar una calidad ambiental adecuada para la salud y el desarrollo integral de las personas, previniendo la afectación de ecosistemas, recuperando ambientes degradados y promoviendo una gestión integrada de los riesgos ambientales, así como una producción limpia y ecoeficiente | Eje de Política 2. Gestión Integral de la calidad ambiental Calidad del aire: Establecer medidas para prevenir y mitigar los efectos de los contaminantes del aire sobre la salud de las personas. Implementar sistemas de alerta y prevención de emergencias por contaminación del aire, privilegiando las zonas con mayor población expuesta a contaminantes críticos |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan con los lineamientos de la Política Nacional del Ambiente específicamente en el acápite de calidad de aire, en el que se busca medidas para prevenir y mitigar los efectos de la contaminación del aire sobre la salud de las personas. | | |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Reducir las condiciones de riesgo de los medios de vida ante emergencias y desastres de la población. | PLAN NACIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES PLANAGERD 2014-2021 | Preparación Respuesta | 3. Desarrollar capacidad de respuesta ante emergencias y desastres. |
| Relación y/o complementariedad entre lineamientos | | Los lineamientos se relacionan entre sí, considerando que el lineamiento planteado en la PNMS 2030 busca garantizar la provisión de servicio ante una emergencia o desastre a través de planes de mitigación y respuesta entre otros en concordancia con el objetivo estratégico del Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres -PLANAGERD | | |

II. OBJETIVOS PRIORITARIOS Y LINEAMIENTOS

A partir de la estructuración del problema público se plantearon objetivos prioritarios, con sus respectivos indicadores y lineamientos. Cabe resaltar que los objetivos y lineamientos se implementarán tomando en cuenta enfoques transversales: 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.

Objetivos Prioritarios

OP1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población.

Este objetivo corresponde a la causa directa 1 “Inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida”, está orientado a desarrollar en las personas hábitos, conductas y estilos de vida saludables con la finalidad de disminuir los factores causales de la pérdida de años de vida saludables por discapacidad o por muerte prematura, en los que tiene responsabilidad la persona y familia a través de sus conductas.

Es fundamental considerar dos aspectos centrales:

1. Que el proceso de aprendizaje de las personas y familias a lo largo de la vida tenga la finalidad de que desarrollemos 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.

Para este fin, los procesos formales de aprendizaje en las instituciones educativas de la Educación Básica, a nivel nacional, promoverán el desarrollo de las competencias para la práctica de una vida activa y saludable para su bienestar, en relación con el ambiente; así como la práctica de la actividad física. Un elemento principal, que cabe remarcar, es el incorporar como parte del autocuidado y responsabilidad con la propia salud, el cumplimiento de las recomendaciones de controles o chequeos de salud según las normas establecidas por el Ministerio de Salud, acordes con el Modelo de Cuidado Integral de Salud y el Enfoque de Curso de Vida.

Del mismo modo, se requiere incorporar en los contenidos de formación de técnicos y profesionales de todos los campos, aspectos de salud y seguridad en el trabajo para disminuir los problemas de salud y la exposición a riesgos laborales.

2. Por otra parte, la adopción de conductas y estilos de vida saludables requiere que las personas y familias dispongan de los recursos, bienes y espacios sociales necesarios para hacer efectivo el aprendizaje, responsabilidad que recae en las instituciones del Estado. Por esta razón es que se pone especial atención en el desarrollo de la normativa técnica y en la fiscalización de su cumplimiento, con relación a la alimentación para que ésta sea saludable. Igualmente, se deberá desarrollar el marco legal, la inversión y la fiscalización necesaria para mejorar el medio ambiente, la mejora de la viabilidad urbana e interprovincial, para la construcción y ampliación de espacios públicos para la actividad física, la recreación y el deporte.

Asimismo, se promoverá y asistirá en la adopción de medidas y condiciones de salud y seguridad en el trabajo de acuerdo con normas, en todas las instituciones y entidades públicas y privadas.

OP 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.

El logro de este objetivo permitirá incrementar la cobertura y acceso de la población a servicios de salud, a través de modernizar, desarrollar, transformar y organizar eficientemente los recursos para atender de manera óptima la creciente demanda, por servicios generales y especializados por parte

de personas adultas y adultas mayores favoreciendo el envejecimiento con calidad de vida, sin descuidar la necesaria atención y los cuidados integrales de niños, niñas y adolescentes, que les permita el desarrollo de su pleno potencial humano. Para ello, en el marco de la PNMS 2030, se ejecutará una inversión importante en infraestructura, equipamiento y capacidades profesionales y de organización para alinear la oferta de servicios al desafío que implica el envejecimiento y el perfil crónico degenerativo que irá predominando en la salud de la población residente en el país.

La política orientará la aplicación de un conjunto articulado y simultáneo de estrategias e intervenciones que desarrollarán y optimizarán el sistema de salud para atender las crecientes necesidades de la población, siendo las principales: a) la operativización del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, b) la organización del Sistema Nacional de Salud con servicios de salud públicos y privados en Redes Integradas de Salud que articulan y complementan las prestaciones y cuidados para las personas y familias en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, c) el desarrollo y fortalecimiento de la investigación e innovación en salud con especial énfasis en las prioridades sanitarias nacionales, d) la incorporación intensa y amplia de las tecnologías informáticas y los sistemas de información en salud para la aplicación de la telesalud y la eficiencia de los sistemas de compras y abastecimiento de productos sanitarios, y e) el desarrollo del perfil de formación y de trabajo en equipo del personal de salud.

El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida es un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, articulados, responden a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad. El Modelo acoge los atributos de la Atención Primaria de la Salud de acceso, integralidad, continuidad y longitudinalidad de los cuidados a lo largo de la vida de las personas y de las familias y de vínculo cercano con la comunidad. El modelo contiene un conjunto de cuidados de salud (prestaciones o servicios) que son integrales y que se brindan no sólo a través de la oferta fija y móvil del primer nivel de atención sino en el segundo y tercer nivel de atención bajo la modalidad fija, móvil y telesalud. Este conjunto de cuidados es atendido a través de los mecanismos del Aseguramiento Universal de Salud, poniendo especial énfasis en la atención de las prioridades sanitarias nacionales y en aquellas que tienen relevancia a nivel de cada región.

Por otra parte, la organización territorial del cuidado integral de la salud será abordada a través del desarrollo de Redes Integradas de Salud (RIS) en todo el país. La Red Integrada de Salud define los objetivos de salud para la persona, familia y comunidad que habita determinada circunscripción territorial en base a las necesidades sanitarias y determinantes sociales identificados, en un proceso de diagnóstico compartido intergubernamentalmente, interinstitucionalmente y con representantes de las comunidades y organizaciones sociales. La autoridad local de salud es responsable de elaborar el Plan Local de Salud que además de establecer las metas sanitarias y sobre los determinantes sociales de la salud, define la asignación de recursos y la participación de los diferentes actores institucionales y sociales del ámbito territorial.

El proceso de implementación de las RIS se caracteriza por ser progresivo, planificado, sistemático y sostenible¹⁴⁰, para el cual se prevén tres Etapas (Anexo 7):

- Etapa 1: Conformación de las RIS del Ministerio de Salud y de Gobiernos Regionales.
- Etapa 2: Desarrollo de las RIS del Ministerio de Salud y de Gobiernos Regionales.
- Etapa 3: Integración de otras IPRESS públicas, privadas o mixtas.

El logro de la mejora del estado de salud de las personas a través de la implementación de las intervenciones antes señaladas optimizará y complementará los recursos de todos los integrantes del sistema de salud en el ámbito de cada RIS. Las inversiones que se realicen elevará la capacidad resolutoria de los servicios, en especial del primer nivel, modernizando y elevando la calidad de los

¹⁴⁰ 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).

equipos y la disponibilidad de insumos haciendo uso intensivo de las tecnologías informáticas y aplicativos utilizados en salud para la oferta de servicios a distancia como teleconsulta, telemetría y seguimiento de pacientes, telediagnóstico y administración asistida de tratamientos, acompañamiento de los cuidados familiares en domicilio, teleconsejería, entre otros usos que se irán implementando de acuerdo a las necesidades de la población de cada ámbito en particular.

Se prevé que la implementación de la política sea progresiva y flexible, adaptándose y aprovechando las condiciones de cada realidad regional. La aplicación de los principios y estrategias para la adopción del modelo de cuidado integral de salud y la organización de los servicios de salud en redes integradas de salud, favorecerá la incorporación de nuevos servicios de salud (innovación) y la mejora de la calidad de los existentes teniendo como base las prestaciones del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y las intervenciones comprendidas en los Programas por Resultados. Un aspecto inicial será la estandarización de las prestaciones e intervenciones de salud, de tipo individual y de salud pública con pertinencia y adecuación cultural.

OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud

Este objetivo corresponde a la causa directa 3 Inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud. Incluye el quehacer especializado y articulado de los diversos sectores que componen el Estado, en espacios territoriales específicos. Estas acciones, mejorarán la disponibilidad de recursos y las condiciones de vida de las personas, familias y comunidad permitiendo la conservación de la salud y evitando riesgos de enfermedad.

Este objetivo aborda los determinantes sociales de la salud implica el trabajo articulado intersectorial e intergubernamental bajo la conducción del Poder Ejecutivo representado por el Ministerio de Salud, como establece el DS N°029-2018-PCM. La Política Nacional Multisectorial de Salud incluye intervenciones relacionadas a la educación, la vivienda y sus servicios, el transporte y viabilidad, la alimentación, la urbanización y seguridad ciudadana, el medio ambiente, entre otros.

La Política Nacional Multisectorial de Salud establecerá mecanismos y espacios colaborativos con el sector privado, la sociedad civil y organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones eficientes y equitativas, innovadoras, solidarias y conjuntas.

Para poder medir el cumplimiento de los objetivos trazados en la Política Nacional Multisectorial de Salud, se estableció como horizonte temporal al 2030 bajo el contexto de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹⁴¹, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que propone una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 Estados Miembros que la suscribieron, entre ellos el Perú. De esta manera, el bienestar de las personas y las condiciones para mejorar de manera sostenible la calidad de vida, constituyen los objetivos que guían el proceso de actualización de políticas y planes¹⁴². Así mismo, este horizonte permitirá medir los avances y logros esperados como un hito enmarcado en el 2030 en concordancia con la Visión del Perú al 2050, que orienta la mejora continua de políticas y planes que guían las acciones del Estado, sociedad civil, academia, empresas y organismos cooperantes a fin de lograr una vida digna para todas las personas, a través de un desarrollo inclusivo y sostenible a nivel nacional¹⁴³.

Por otro lado, la complejidad de una política multisectorial de salud pone en evidencia la necesidad del abordaje de varios actores que generen el cambio que atienda tanto las enfermedades y daños a la salud, como las condiciones, conductas y estilos de vida, y los cuidados que provee el Sistema de Salud, para reducir los años de vida que las personas pierden, sea por muerte prematura o por discapacidad.

¹⁴¹ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/#:~:text=La%20Asamblea%20General%20adopta%20la%20Agenda%202030%20para%20el%20Desarrollo%20Sostenible,-La%20Asamblea%20General&text=Los%20Estados%20miembros%20de%20la.no%20puede%20haber%20desarrollo%20sostenible>.

¹⁴² https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_peru-informenacionalvoluntario/

¹⁴³ <https://www.ceplan.gob.pe/visionperu2050/>

A continuación, se presenta la Tabla 70 que muestra la matriz de objetivos prioritarios y de sus lineamientos, sus indicadores se encuentran detallados en el Anexo 8.

Tabla 70. Matriz de Objetivos Prioritarios y Lineamientos

| CÓD | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | RESPONSABLE DEL OBJETIVO |
|-------|---|--|--|--|
| OP 1. | Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población | *Porcentaje de personas de 15 y más años que consumen al menos 5 porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día. | L 1.1 Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | Coordinador: MINSA MINEDU, IPD, MIMP, MTPE/ SUNAFIL – SERVIR, INDECOPI, Gobiernos Regionales y Locales |
| | | * Edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica | L 1.2 Implementar estrategias que incrementen la lactancia materna apropiada en la población. | |
| | | *Proporción de menores de seis meses con lactancia exclusiva. | L 1.3 Realizar acciones para asegurar el conocimiento y cumplimiento de las medidas y condiciones de seguridad y salud en el trabajo, en todas las organizaciones. | |
| | | *Cobertura de hogares con prácticas adecuadas en el lavado de manos en el ámbito rural. | L 1.4 Regular los contenidos, etiquetado y publicidad de alimentos procesados. | |
| OP 2. | Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | *Porcentaje de personas satisfechas con la atención en consulta externa * Porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención de salud. | L 2.1 Fortalecer el servicio de telesalud para la población de zonas aisladas. | Coordinador: MINSA IAFAs, RENIEC, MTC, MIDIS, MIMP, CONAREME, MTPE, SERVIR, PCM, MINDEF. MININTER, MINUSDH, MINCU Gobiernos Regionales y Locales |
| | | | L 2.2 Adecuar la infraestructura y equipamiento de acuerdo con el perfil de carga de enfermedad atendida por las RIS. | |
| | | | L 2.3 Prescribir y usar racionalmente y con seguridad los medicamentos y dispositivos médicos esenciales de acuerdo a las normas nacionales en el Sistema Nacional de Salud. | |
| | | | L 2.4 Implementar Redes Integradas de Salud para la atención de la población. | |
| | | | L 2.5 Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida. | |
| | | | L 2.6 Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población. | |
| | | | L 2.7 Garantizar el acceso a los recursos estratégicos de salud, a la población que acude a las IPRESS | |
| | | | L 2.8 Organizar equipos multidisciplinarios para el cuidado integral de salud por curso de vida a la población. | |
| | | | L 2.9 Formar acorde al modelo de cuidado integral de salud los recursos humanos del sector salud. | |

| CÓD | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | RESPONSABLE DEL OBJETIVO |
|-------|---|--|---|--|
| | | | L 2.10 Desarrollar e incorporar la investigación e innovación tecnológica en las estrategias para la prevención de riesgos, protección del daño, recuperación de la salud y de las capacidades de la población. | |
| | | | L 2.11 Implementar canales y servicios digitales para brindar información clara y oportuna sobre los servicios de salud a las personas. | |
| OP 3. | Mejorar las condiciones de vida de la población que generan de vulnerabilidad y riesgos en la salud | <p>*Porcentaje de mujeres víctimas de violencia física, sexual y/o psicológica en relaciones de pareja, los últimos 12 meses.</p> <p>*Tasa de heridos y fallecidos generados por siniestros viales por cada 100,000 habitantes.</p> <p>*Proporción de la población que vive en hogares con acceso a servicios de electricidad, agua y saneamiento.</p> | L 3.1 Garantizar un adecuado acceso e inocuidad de los alimentos y derivados para la población. | <p>Coordinador: MINSA</p> <p>MINAGRI-SENASA, MIMP, MIDIS, MININTER, MINDEF, MTC, MVCS, MINAM, MINEN Gobiernos Regionales y Locales</p> |
| | | | L 3.2 Mejorar el cuidado de personas víctimas de la violencia de género, violencia contra niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. | |
| | | | L 3.3 Mejorar las condiciones para la seguridad ciudadana y convivencia pacífica de la población | |
| | | | L 3.4 Fortalecer la seguridad vial para la reducción de accidentes de tránsito. | |
| | | | L 3.5 Ampliar la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento de la población. | |
| | | | L 3.6 Fortalecer el Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental en fuentes de agua de consumo humano. | |
| | | | L 3.7 Garantizar el adecuado manejo de residuos sólidos | |
| | | | L 3.8 Mejorar el monitoreo de la calidad del aire. | |
| | | | L 3.9 Reducir las condiciones de riesgo de los medios de vida ante emergencias y desastres de la población. | |
| | | | L 3.10 Reducir, a través de un programa, con sustento legal, la informalidad en los servicios y bienes que generen riesgos en la salud de la población. | |
| | | | L 3.11 Erradicar a través de un Programa, con sustento legal, los servicios y bienes ilegales que generen riesgos en la salud de la población | |

III. PROVISIÓN DE SERVICIOS Y ESTÁNDARES

Un servicio es una prestación intangible, única, no almacenable y no transportable, el cual se entrega a un usuario externo a la entidad proveedora. La Tabla 71 muestra el alineamiento de los Servicios a los Lineamientos y Objetivos planteados en esta Política. En la misma línea, los estándares de cumplimiento hacen referencia a las características o atributos específicos de los servicios a prestar (Anexo 9).

Tabla 71. Matriz de Servicios y Estándares de Cumplimiento de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable”

| OBJETIVOS PRIORITARIOS | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR |
|---|--|--|---|---|
| OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población | L 1.1 Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | 1.1 Servicios de educación básica desarrollan hábitos y conductas saludables en estudiantes, para la identificación de factores de riesgo para la salud y el ambiente | Estudiantes de Educación Básica | INSTITUCIONES EDUCATIVAS MINEDU GORE |
| | | 1.2 Servicio de actividad física y deportiva en espacios públicos y en instituciones educativas y programas de todos los niveles y modalidades | Población General. | INSTITUCIONES EDUCATIVAS CENTRO VACACIONAL HUAMPANI GOBIERNOS LOCALES GORE IPD MINEDU |
| | | 1.3 Servicio de promoción de una adecuada convivencia escolar, el desarrollo de acciones de prevención de la violencia y la atención oportuna de los casos de violencia contra las y los estudiantes | Estudiantes de Educación Básica | INSTITUCIONES EDUCATIVAS GORE MINEDU |
| | L 1.2 Implementar estrategias que incrementen la lactancia materna apropiada en la población. | 1.4 Servicio de lactario institucional disponible para madres en periodo de lactancia en los centros de trabajo de entidades públicas o privadas | Mujeres en periodo de lactancia de las instituciones públicas y organizaciones privadas | MIMP |
| | L 1.3 Realizar acciones para asegurar el conocimiento y cumplimiento de las medidas y condiciones de seguridad y salud en el trabajo, en todas las organizaciones. | 1.5 Acciones de orientación y asistencia técnica para la adopción de medidas de seguridad y salud en el trabajo implementados y evaluados anualmente. | Trabajadores formales / instituciones y empresas. | MTPE/SUNAFIL para los trabajadores y empleadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada. SERVIR para trabajadores del sector público, de |

| OBJETIVOS PRIORITARIOS | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | |
|---|--|--|--------------------|--|---|
| | | | | acuerdo a sus competencias. | |
| | L 1.4 Regular los contenidos, etiquetado y publicidad de alimentos procesados. | ----- | ----- | INDECOPI | |
| OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | L 2.1 Fortalecer el servicio de tele salud para la población de zonas aisladas. | 2.1 Servicios de salud a distancia (con dispositivos fijos y móviles, y de multi plataformas) que facilitan el acceso efectivo y pertinente de la población. | Población general. | MINSA y GOREs | |
| | L 2.2 Adecuar la infraestructura y equipamiento de acuerdo con el perfil de carga de enfermedad atendida por las RIS. | ----- | ----- | MINSA, GR, GL, ESSALUD, MINDEF, MININTER | |
| | L 2.3 Prescribir y usar racionalmente y con seguridad los medicamentos y dispositivos médicos esenciales de acuerdo a las normas nacionales en el Sistema Nacional de Salud. | ----- | ----- | MINSA | |
| | L 2.4 Implementar Redes Integradas de Salud para la atención de la población. | ----- | ----- | MINSA ESSALUD SANIDADES | |
| | L 2.5 Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida. | ----- | ----- | MINSA ESSALUD SANIDADES | |
| | L 2.6 Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población. | 2.2 Portabilidad de afiliación al Aseguramiento Universal de Salud. | ----- | Población general. | MINSA, MTPE-ESSALUD, MINDEF, MININTER IAFAs |
| | L 2.7 Garantizar el acceso a los recursos estratégicos de salud, a la población que acude a las IPRESS | ----- | ----- | ----- | MINSA MTPE-ESSALUD |
| | L 2.8 Organizar equipos multidisciplinarios para el cuidado integral de salud por curso de vida a la población. | 2.3 Servicio de Atención de calidad y especializada, certificada, de acuerdo con el marco legal normativo de formación y práctica laboral. | ----- | Población general | MINSA (DGIESP - DGPS) |
| | L 2.9 Formar acorde al modelo de cuidado integral de salud los recursos humanos del sector salud. | ----- | ----- | ----- | MINEDU - SUNEDU |
| | L 2.10 Desarrollar e incorporar la investigación e innovación tecnológica en las estrategias para la | 2.4 Programa de investigaciones que contribuyen a satisfacer las necesidades y demandas en salud pública de la población nacional | ----- | Población Nacional | OGITT - INS |

| OBJETIVOS PRIORITARIOS | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR |
|--|--|--|---|-------------------------|
| | prevención de riesgos, protección del daño, recuperación de la salud y de las capacidades de la población. | 2.5 Producción de calidad y oportuna de bienes de importancia estratégica para la salud pública demandada por la población | Población Nacional | CNPB - INS |
| | L 2.11 Implementar canales y servicios digitales para brindar información clara y oportuna sobre los servicios de salud a las personas. | ----- | ----- | PCM |
| OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | L 3.1 Garantizar un adecuado acceso e inocuidad de los alimentos y derivados para la población. | 3.1 Vigilancia de inocuidad agroalimentaria en productos comercializados en mercados del país. | Población en general | MINAGRI - SENASA |
| | L 3.2 Mejorar el cuidado de personas víctimas de la violencia de género, violencia contra niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. | 3.2. Servicio de salud articulado al Centro de Emergencia Mujer para la intervención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo y a los servicios integral especializado para la prevención de la violencia en las familias | Personas en situación de vulnerabilidad por violencia | MIMP |
| | L 3.3 Mejorar las condiciones para la seguridad ciudadana y convivencia pacífica de la población | ----- | ----- | MININTER y GL |
| | L 3.4 Fortalecer la seguridad vial para la reducción de accidentes de tránsito. | ----- | ----- | MTC |
| | L 3.5 Ampliar la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento de la población. | 3.3 Servicio de agua con presencia de cloro residual libre mayor o igual de 0.5 mg/l | Población en general de los distritos de intervención priorizados. | MVCS |
| | L 3.6 Fortalecer el Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental en fuentes de agua de consumo humano. | 3.4 Vigilancia epidemiológica e investigación en relación con la exposición a metales pesados y salud en las ciudades con más alta contaminación. | Persona, familia y comunidad considerada más vulnerable expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas. | MINSA - CDC |
| | L 3.7 Garantizar el adecuado manejo de residuos sólidos | 3.5 Manejo Integral de Residuos Sólidos. | Persona, familia y comunidad considerada más vulnerable expuesta a residuos sólidos contaminantes. | Gob. Local/MINSA/ MINAM |
| | L 3.8 Mejorar el monitoreo de la calidad del aire. | 3.6 Sistema de monitoreo continuo de calidad de aire en donde existan estaciones de calidad de aire por SENAMHI | Persona, familia y comunidad considerada más vulnerable expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas. | MINSA / MINAM - SENAMHI |

| OBJETIVOS PRIORITARIOS | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR |
|------------------------|---|--|---------------------------------|-------------------|
| | L. 3.9 Reducir las condiciones de riesgo de los medios de vida ante emergencias y desastres de la población. | 3.7 Acciones de mitigación de riesgos y previsión de recursos para la respuesta a emergencias y desastres recomendados en las normas nacionales. | Autoridades y gestores públicos | MINSA |
| | | 3.8 Programa de entrenamiento de la población para la respuesta a emergencias y desastres. | Población general | MINSA y GOREs |
| | L 3.10 Reducir, a través de un programa, con sustento legal, la informalidad en los servicios y bienes que generen riesgos en la salud de la población. | ----- | ----- | MINSA INDECOPI |
| | L 3.11 Erradicar a través de un Programa, con sustento legal, los servicios y bienes ilegales que generen riesgos en la salud de la población | ----- | ----- | MINSA INDECOPI |

IV. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El proceso de seguimiento y evaluación de los indicadores de esta Política sigue los procedimientos establecidos por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, SINAPLAN.

La información remitida por las entidades participantes en la implementación de la PNMS, de acuerdo a los enfoques y políticas de derecho en salud, equidad de género e interculturalidad aplicados a la acción del Estado, distinguirá los resultados de la implementación de esta política reflejados en las metas alcanzadas de sus indicadores por grupo etario, quintil de condición económica, grado de instrucción, género, etnia y ámbito territorial de ser pertinente y contarse con datos de estos tipos.

Un aspecto necesario de señalar es que la elaboración de la PNMS 2030 se completó en el curso de la Pandemia COVID-19 que abate a todo el planeta. Las consecuencias y el estado económico, social y sanitario en que derivará este fenómeno en el Perú, son imprevisibles, dados la pérdida de empleo, los cambios en el comercio internacional por la crisis económico-productiva generada, las migraciones internas ocurridas, la discontinuidad en la atención de salud y prestación de servicios públicos, entre otros aspectos.

El retorno paulatino a la “nueva normalidad” implicará también precisar, a la luz de los registros que se vayan recabando, el estado de salud de la población y de sus condiciones de vida, lo cual permitirá establecer una línea de base para los indicadores sanitarios, de los determinantes sociales de la salud y de gestión sobre los cuáles la política prevé intervenciones. Esta línea de base de los indicadores de la PNMS se levantará durante el proceso de elaboración del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) para la implementación de la PNMS 2030 a partir de la cual, se establecerán las metas anuales de los indicadores para el periodo al 2030. Por las razones antes expuestas y con el compromiso ya señalado, el presente documento de PNMS presenta datos referenciales de los valores de los indicadores, es decir previos al año 2020, y se indican valores de hitos al 2030, que serán revisados durante el proceso ante dicho.

4.1 Seguimiento

El Ministerio de Salud conduce el proceso de seguimiento de esta Política, a través de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. El seguimiento se realiza a través del aplicativo informático CEPLAN V.01.

Los reportes de seguimiento se emiten de manera anual con corte al 31 de diciembre y contendrán la información provista por los ministerios intervinientes acerca del avance de los indicadores de los objetivos prioritarios. Estos reportes se generan en el mes de abril de cada año y servirán de insumo para la evaluación de implementación y los reportes de cumplimiento.

Para el caso de los indicadores que no presentan línea base, se tiene previsto establecer los procedimientos necesarios y recoger información de múltiples fuentes, en coordinación con las instituciones competentes, tanto aquellas involucradas en la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud como otras relevantes, tales como el INEI. Así, a partir de dicha información se podrá registrar los logros alcanzados.

4.2 Evaluación

Durante su vigencia, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 será evaluada en cuanto a su diseño, implementación, resultado y reporte de cumplimiento, según lo siguiente:

▪ **Evaluación de diseño**

La evaluación de diseño es realizada por el CEPLAN y forma parte del informe técnico de aprobación de la política nacional.

▪ **Evaluación de implementación**

El MINSA lidera el proceso de evaluación de la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable” Para la evaluación de la implementación se analizará si los PESEM, PEM, PDC, PP, PEI y POI, de los sectores y las instituciones públicas involucradas, contienen objetivos estratégicos, acciones estratégicas o actividades operativas que permiten implementar esta política para la solución del problema público identificado; y para el caso de los PEI y POI, se analizará si los servicios entregados a la población cumplen los estándares previstos en la Política Nacional Multisectorial de Salud.

En ese sentido, el MINSA realizará dos informes de evaluación:

- El primer informe de evaluación de implementación contendrá información al primer semestre del año, con corte al 30 de junio, que forma parte del reporte parcial de cumplimiento que se remite al CEPLAN hasta el 30 de noviembre del año en curso.
- El segundo informe de evaluación de implementación abarcará la información al cierre del año, con corte al 31 de diciembre, que forma parte del reporte de cumplimiento que se remite al CEPLAN hasta el 30 de abril del año siguiente.

▪ **Evaluación de resultados**

El MINSA, a través de la OGPPM, lidera el proceso de evaluación de resultados de la Política Nacional Multisectorial de Salud y es responsable de elaborar un informe anual para este fin, que forma parte del reporte de cumplimiento que remite al CEPLAN hasta el 30 de abril del año siguiente.

▪ **Reportes de cumplimiento**

En cumplimiento del artículo 25 del Decreto Supremo N°029-2018-PCM, el MINSA a través de la OGPPM MINSA, elabora y remite al CEPLAN el reporte de cumplimiento correspondiente.

4.3 Coordinación y articulación intergubernamental para la implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud.

La OGPPM promueve la coordinación para la implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud con las entidades responsables de los Objetivos Prioritarios, lineamientos y proveedores de los servicios de la Política Nacional Multisectorial de Salud, a través de la asistencia técnica, así como de la difusión de los reportes de seguimiento y evaluación con las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y las instancias participantes.

V. GLOSARIO Y ACRÓNIMOS

5.1 Glosario

ACCESO A AGUA POTABLE: Según la OMS, se considera que una persona tiene acceso agua potable si la fuente de esta se encuentra a menos de 1 kilómetro de distancia del lugar de utilización y si uno puede obtener de manera fiable al menos 20 litros diarios para cada miembro de la familia.¹⁴⁴

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Es el conjunto de intervenciones sanitarias en los niveles personal, familiar y comunitario, enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, así como la provisión de cuidados paliativos, provistas de manera integral y continua por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) en términos de calidad, equidad y oportunidad; de acuerdo con su nivel resolutivo y la capacidad de oferta de los servicios de salud que brindan.

ACCIÓN INTERINSTITUCIONAL: Se refiere articular y alinear y gestionar la acción pública de los diferentes niveles y sectores de gobierno, en el marco del ejercicio de sus respectivas competencias, para asegurar el logro de objetivos y metas en común a través de la acción horizontal (intergubernamental) y vertical (intersectorial).¹⁴⁵

ACCIÓN INTERGUBERNAMENTAL: La acción intergubernamental es el trabajo integrado entre los niveles de gobierno Nacional, Regional y Local para alcanzar un objetivo compartido. En el contexto de un Estado descentralizado, la acción intergubernamental contribuye al desarrollo integral, armónico y sostenible del país, a través del ejercicio de las competencias y funciones asignadas a cada nivel de gobierno y los recursos transferidos, para la articulación y alineación de políticas públicas locales, regionales y nacionales.

ACCIÓN INTERSECTORIAL: La acción intersectorial es el trabajo integrado entre los Sectores para alcanzar un objetivo compartido. En el contexto de la salud se refiere a todas las acciones desarrolladas por el Estado de manera articulada, tanto entre los Sectores como entre los niveles de gobierno, fomentando el intercambio de información, la cooperación, la coordinación y la integración entre ellas,¹⁴⁶ en el ejercicio de sus competencias y funciones y el uso de sus recursos, para responder a las demandas sociales, con eficiencia, eficacia y oportunidad, y generar valor público.¹⁴⁷

ACTIVIDADES: Son las acciones que se desarrollan en un establecimiento de salud, relacionadas a los procesos operativos y procesos de apoyo, concerniente a Atención Directa de Salud y a Atenciones de Soporte. Estas deben reunir las siguientes condiciones: Que no se constituya en una UPSS en la categoría del establecimiento de salud, y que no se duplique con las actividades propias de alguna UPSS del establecimiento de salud.¹⁴⁸

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.¹⁴⁹

¹⁴⁴ Consultado en: https://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/

¹⁴⁵ Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. Presidencia de Consejo de Ministros. 2013.

¹⁴⁶ Los grados de intensidad en la articulación intersectorial e intergubernamental reflejan el padrón predominante en las relaciones: información-cooperación el foco de acción está sobre las enfermedades; cooperación-coordinación el foco de acción está sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; integración-salud en todas las políticas el foco de acción está sobre los determinantes sociales de la salud.

¹⁴⁷ Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los DSS. OMS. Río de Janeiro, octubre de 2011.

¹⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

CAMBIO CLIMÁTICO: Cambio del clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que produce una variación en la composición de la atmósfera global y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante periodos de tiempos comparables.¹⁵⁰

CARTERA DE SERVICIO DE SALUD: Es el conjunto de diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.¹⁵¹

CUIDADO DE SALUD: Acción de proteger, cautelar, preservar el Derecho a la Salud de los individuos, el entorno familiar y la comunidad en la que vive.

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO: Se refiere al conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de las personas.¹⁵² Incluye los mecanismos sociales, políticos y económicos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas.¹⁵³

EDUCACIÓN BÁSICA. Es la etapa del Sistema Educativo destinada a la formación integral de la persona para el logro de su identidad personal y social, el ejercicio de la ciudadanía y el desarrollo de las actividades laborales y económicas, mediante el desarrollo de competencias, capacidades, actitudes y valores para actuar adecuada y eficazmente en los diversos ámbitos de la sociedad. Se rige por los principios de la educación peruana y es la base para acceder a la Educación Superior. La Educación Básica comprende las siguientes modalidades: Regular, Alternativa y Especial.

EDUCACIÓN EN SALUD

La educación en salud o Health Education: comprende oportunidades construidas conscientemente para el aprendizaje que implica alguna forma de comunicación diseñada para mejorar la alfabetización en salud, incluida la mejora conocimiento y desarrollo de habilidades para la vida que conducen al individuo y la comunidad (OMS).¹⁵⁴ Para el MINEDU¹⁵⁵ «implica la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles, que permiten a las personas logren un estado de bienestar físico, mental y social».

ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (ENT) O CRÓNICAS: son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes.¹⁵⁶

ENFOQUE TERRITORIALIDAD: De acuerdo con el enfoque de territorialidad, el territorio no sólo es concebido como un espacio físico y geográfico, sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural. A este concepto, se le agrega la visión de cuencas, que son principalmente escenarios para la vida, que además de permitir el acceso al agua y a los recursos naturales del territorio, condiciona las posibilidades de comunicación en el espacio físico y los patrones de distribución de la población en el territorio. El proceso de reforma del Estado busca mejorar el servicio al ciudadano, reconocer que el Perú es un Estado unitario y descentralizado, en el que existen tres niveles de gobierno: nacional, regional y local, donde cada nivel cumple un rol en cada área o materia de acción estatal, acordes con el marco normativo referente al proceso de descentralización, la transferencia de competencias y funciones del nivel nacional, gobiernos regionales y locales; estos asumen responsabilidades compartidas en la prestación de bienes y servicios públicos. El

¹⁵⁰ Ley N° 30754, Ley Marco sobre Cambio Climático

¹⁵¹ Directiva Administrativa N° 197 MINSAMGSP-v.01 Directiva Administrativa "Cartera de Servicios de Salud". Referencia en: http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_7.PDF

¹⁵² World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO; 2010.

¹⁵³ Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Ed. 2012. Columbia, 2012.

¹⁵⁴ <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

¹⁵⁵ http://www.minedu.gob.pe/educacion-ambiental/salud/educacion_en_salud.php

¹⁵⁶ La definición se puede consultar: https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/

ejercicio compartido de las competencias y funciones debe corresponderse con las políticas nacionales y sectoriales.¹⁵⁷

EQUIDAD EN SALUD: La equidad en salud implica que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud. ¹⁵⁸La equidad, en consecuencia, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO: Implica asegurar el acceso a un conjunto garantizado de servicios de salud para todos los habitantes o a través de planes específicos para grupos especiales de la población, es decir, brindar una protección básica universal en salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas.

GASTO CATASTRÓFICO: Un gasto superior al 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

GOBERNANZA: 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 sociedades o las organizaciones toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello e identifican la manera de garantizar la responsabilidad de las medidas tomadas.¹⁵⁹

GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN: Un grupo de especial protección -terminología recogida de la Carta Andina para la Promoción Protección de los Derechos Humanos- constituye un colectivo de personas que no necesariamente han entablado relaciones directas entre sí pero están vinculadas por su situación de potencial o real afectación a sus derechos, lo que puede conllevar: i) su sometimiento a un estado de vulnerabilidad temporal o permanente, ii) una necesidad de que se asegure su existencia o la preservación inmediata en su integridad física y mental a través de medidas institucionales o iii) la sujeción a condiciones de trato desigual y discriminatorio que es resultado del ejercicio de un fenómeno de abuso de poder que puede llegar a considerarse “normalizado” socialmente.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como Índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$.¹⁶⁰

INEQUIDAD: El término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Para calificar una situación dada como inequitativa es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.^{161,162}

INEQUIDADES EN SALUD: Se refieren a las inequidades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de inequidades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.¹⁶³

¹⁵⁷ Organización Naciones Unidas Perú (Internet) (citado el 12 de abril 2016), disponible desde: http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2015/11/UNSDG_Logo_2016_SP.png

¹⁵⁸ Social justice and equity in health report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR/804/M02).

¹⁵⁹ CERRANDO LA BRECHA: La Política de acción sobre los DSS. OMS. Río de Janeiro, Octubre de 2011; y esta a su vez de Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Sinopsis de políticas N° 15. Nueva York, PNUD, 2003.

¹⁶⁰ RM N° 538-2009/MINSA, que modifica la clasificación de los grupos objetivos para los programas de Atención Integral de Salud.

¹⁶¹ WHITEHEAD, Margaret. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990.

¹⁶² Las inequidades se refieren, también, al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. La calificación de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud.

¹⁶³ Conceptos Claves para entender los DSS. Comisión Mundial de los DSS, Organización Mundial de la Salud

INEQUIDADES SANITARIAS: desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.¹⁶⁴

INTEROPERABILIDAD: Capacidad de los sistemas de diversas organizaciones para interactuar con objetivos consensuados y comunes, con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo compartan información y conocimiento mediante e intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones.¹⁶⁵

INTERVENCIONES DE SALUD: Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, promoción, recuperativo y rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas.¹⁶⁶

INTERVENCIONES SANITARIAS

Son aquellas acciones del ámbito de la Salud Pública, que en conjunto permiten brindar atenciones integrales. Las intervenciones sanitarias son 4: prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación de la salud y rehabilitación de la salud.

MALNUTRICIÓN: Se entienden las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona. El término malnutrición abarca dos grupos amplios de afecciones. Uno es la «desnutrición» que comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro es el del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres).¹⁶⁷

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS): Es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora - con especial énfasis- la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad¹⁶⁸.

MODELO DE CUIDADOS INTEGRALES DE SALUD: Es un modelo de intervención que incluye al Estado, la sociedad, las organizaciones, los individuos y sus familias cuya finalidad es garantizar el Derecho a la Salud, asumiendo roles y responsabilidades para proteger, cautelar, preservar dicho derecho. Abarca la atención integral de salud en el Sistema de Salud y el abordaje de determinantes sociales de la salud con intervenciones intergubernamentales e intersectoriales.¹⁶⁹

NIVELES DE ATENCIÓN: Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.¹⁷⁰

PERSONAS CON DISCAPACIDAD: Son aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.¹⁷¹

¹⁶⁴ Definición se puede consultar en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

¹⁶⁵ https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/269432/240527_Ley30024.pdf20190110-18386-1pq5p0z.pdf

¹⁶⁶ Directiva Administrativa N° 197 MINSAMGSP-v.01 Directiva Administrativa "Cartera de Servicios de Salud". Referencia en: http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_7.PDF

¹⁶⁷ Según OMS/ OPS What is malnutrition? Online Q&A 8 July 2016. Se encuentra en: <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/en/>

¹⁶⁸ Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad" publicado por RM N° 464-2011/MINSA.

¹⁶⁹ Proyecto de documento técnico "definiciones y términos homologados para el ejercicio de la rectoría sectorial del ministerio de salud"

¹⁷⁰ Referencia: García Salabarría J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana. Rev. Cubana Salud Pública 2006,32 (1): 07-15.

¹⁷¹ Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. el literal e) del Preámbulo de la CDPD. Art. 1.

POBREZA: La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones.¹⁷²

POLÍTICAS PÚBLICAS: Es la norma o conjunto de normas que existen sobre una determinada problemática, así como el conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo concreto.¹⁷³ Pero también se refiere a procesos, decisiones y resultados, pero sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, entre diferentes racionalidades organizativas y de acción, y entre diferentes perspectivas.¹⁷⁴

POLÍTICAS NACIONALES: Constituyen decisiones de política a través de las cuales se prioriza un conjunto de objetivos y acciones para resolver un determinado problema público de alcance nacional y sectorial o multisectorial en un periodo de tiempo.¹⁷⁵

POLÍTICA MULTISECTORIAL: Se refiere al subconjunto de políticas nacionales que buscan atender un problema o necesidad que requiere para su atención integral la intervención articulada de más de un sector bajo el ámbito de competencia de dos o más ministerios.¹⁷⁶

POLÍTICA SECTORIAL: Se refiere al subconjunto de políticas nacionales que afecta una actividad económica y social específica pública o privada. Cuenta con un ministerio rector.¹⁷⁷

POSICIÓN SOCIOECONÓMICA: La posición socioeconómica incluye los recursos materiales y sociales, al igual que la ubicación o la situación en una jerarquía social. Las posiciones sociales derivan de un determinado contexto social y son generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de las posiciones sociales varían en las distintas sociedades y periodos históricos. En algunos países, el género, la raza o la religión desempeñan un papel fundamental en relación con la posición que ocupa una persona. Debido a que hay una amplia gama de estructuras de desigualdad, todas las personas ocupan varias posiciones sociales: por ejemplo, un hombre blanco y homosexual en una ocupación manual o una mujer india heterosexual en un cargo gerencial.¹⁷⁸

PRIMER NIVEL DE ATENCION: Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad; además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.¹⁷⁹

PROFESIONALES DE LA SALUD: Son aquellos como el médico, enfermera, odontólogo, obstetra, psicólogo, nutricionista, entre otros, facultados para acceder a la historia clínica de un paciente o usuario de salud, y registrar en ella la atención que le brindan en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

RECTORÍA EN SALUD: 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 Salud implica proteger el bien jurídico y público en materia de Salud. La ejerce exclusivamente la Autoridad Nacional de Salud, es decir el Ministerio de Salud. Ninguna

¹⁷² Organización de las Naciones Unidas. Referencia en: www.cepal.org/cgi-bin/g...oig/tpl/top-bottom-fisica.xslt

¹⁷³ SUBIRATS, Joan. Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Madrid. INAP. 1989

¹⁷⁴ LINDBLOM, Charles, "Usable knowledge: Social science and social problem solving" Yale University Press – 1979.

¹⁷⁵ Aprobado por Decreto Supremo N° 029-2018-PCM y su modificatoria.

¹⁷⁶ D.S. N° 029-2018-PCM, Art. 8°, numeral 5.

¹⁷⁷ D.S. N° 029-2018-PCM, Art. 8°, numeral 5.

¹⁷⁸ Adaptado e interpretado del "Marco Conceptual" propuesto por la CDSS.

¹⁷⁹ MINSAL Perú (Internet) (citado el 12 de abril 2016), disponible desde: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715&Itemid=39446&lang=es MINSAL Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva enero 2015.

otra entidad o autoridad, organismo descentralizado, órgano desconcentrado, órgano o unidad orgánica, puede atribuirse el ejercicio de la Rectoría en materia de Salud.¹⁸⁰

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: Son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la Orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros.¹⁸¹

REHABILITACIÓN BASADO EN LA COMUNIDAD: Es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. Se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros.¹⁸²

SALUD: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹⁸³

SECTOR SALUD: El sector salud está conformado por el Ministerio de Salud como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en el Decreto Legislativo 1166, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.¹⁸⁴

SERVICIO

1) Tipo de producto que ofrece un establecimiento de salud, que se caracteriza por ser intangible, se produce y se consume en simultáneo, no se puede almacenar, y es por lo general personalizado. Son servicios las consultas médicas, las atenciones de emergencia, las atenciones preventivas, las cirugías, etc.

El conjunto de servicios que ofrece un establecimiento de salud constituye la *cartera de servicios*.

2) Se refiere a la prestación intangible, única, no almacenable y no transportable, el cual se entrega a un usuario externo a la entidad proveedora. En ese sentido, los servicios son un tipo de producto que reciben dichos las personas como resultado de los procesos misionales de las entidades públicas y responden a sus funciones sustantivas.

5.2 ACRÓNIMOS

CENARES: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.

CEPLAN: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.

CONAREME: Consejo Nacional de Residentado Médico.

DEVIDA: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.

DGAIN: Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.

DIGESA: Dirección General de Salud Ambiental.

DIGTEL: Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias.

EBR: Educación Básica Regular.

ENAHU: Encuesta Nacional de Hogares.

ENSAP: Escuela Nacional de Salud Pública.

¹⁸⁰ Proyecto de documento técnico "definiciones y términos homologados para el ejercicio de la rectoría sectorial del ministerio de salud"

¹⁸¹ Organización Mundial de la Salud. Referencia en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=368&Itemid=40956&lang=es

¹⁸² NTS N° 021-MINSAIDGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". Referencia en: http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_5.PDF

¹⁸³ OMS/OMS: Human rights and health 29 December 2017 Key facts. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

¹⁸⁴ Artículo N° 4° del Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.

EPS: Entidades Prestadoras de Servicios de Saneamiento.
FONCODES: Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social.
INDECOPI: Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual.
INEI: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.
INPE: Instituto Nacional Penitenciario.
IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
GORE: Gobierno Regional.
MEF: Ministerio de Economía y Finanzas.
MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
MIMP: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
MINAGRI: Ministerio de Agricultura y Riego.
MINAM: Ministerio del Ambiente.
MINDEF: Ministerio de Defensa.
MINEDU: Ministerio de Educación.
MININTER: Ministerio del Interior.
MINJUSDH: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
MINSa: Ministerio de Salud.
MTC: Ministerio de Transportes y Comunicaciones.
MTPE: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
MVCS: Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.
OGTI: Oficina General de Tecnologías de la Información
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PCM: Presidencia del Consejo de Ministros.
SIS: Seguro Integral de Salud.
SUNAFIL: Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral.
SUTRAN: Superintendencia de Transporte Terrestre de Personas, Carga y Mercancías.

VI. ANEXOS

Anexo N° 01: Documentos normativos relacionados
Anexo N° 02: Percepción de los actores involucrados en la PNMS
Anexo N° 03: Análisis de Tendencias
Anexo N° 04: Análisis de Escenarios
Anexo N° 05: Metodología de Carga de enfermedad y la proyección de AVISA
Anexo N° 06: Evaluación de Alternativas de Solución
Anexo N° 07: Proceso de Implementación de las Redes Integradas de Salud – RIS
Anexo N° 08: Fichas técnicas de indicadores
Anexo N° 09: Fichas de servicios con estándares de cumplimiento
ANEXO N° 10: Matriz de Consistencia

Anexo N° 01
Documentos normativos relacionados

- Decreto Legislativo N° 1246 que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa.
- Decreto Legislativo N° 1310 que aprueba medidas adicionales de simplificación administrativa.
- Decreto Legislativo N° 1412 que aprueba la Ley de Gobierno Digital.
- Decreto Legislativo N° 1447, que modifica el Decreto Legislativo N° 1211, que aprueba medidas para el fortalecimiento e implementación de servicios públicos integrados a través de ventanillas únicas e intercambio de información entre entidades públicas.
- Decreto Legislativo N° 1448, que modifica el artículo 2° del Decreto Legislativo N° 1310, que aprueba medidas adicionales de simplificación administrativa y perfecciona el marco institucional y los instrumentos que rigen el proceso de mejora de la calidad regulatoria.
- Decreto Legislativo N° 1449 que establece medidas de simplificación administrativa para trámites establecidos en normas con rango de ley.
- Decreto Legislativo N° 1452 que modifica la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General.
- Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, que aprueba el documento “Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil”.
- Ley 30490-2016, Ley de la Persona Adulta Mayor
- Decreto Supremo N° 007-2018/MIMP, que aprueba el reglamento de la Ley del Adulto Mayor.
- Decreto Supremo N° 050-2018-PCM, que establece la definición de Seguridad Digital de ámbito nacional.
- Decreto Supremo N° 009-2020/MC, que aprueba la Política Nacional de Cultura.
- Decreto de Urgencia N° 007-2020 que aprueba el marco de confianza digital y dispone medidas para su fortalecimiento, y sus normas reglamentarias.
- Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, que aprueba los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 941-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las aprueba la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural Personas Adultas Mayores”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 941-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Atención Integral de Salud de la Persona Adulta Mayor.
- Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”.
- Resolución Ministerial N° 593-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 045-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para el uso del Odontograma” y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 046-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón”.
- Resolución Ministerial N° 648-2006/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría.
- Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 792-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Enfoque de Derechos Humanos. Equidad de Género e Interculturalidad – Marco Conceptual”.
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de Salud Mental”.
- Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, que modifica el documento aprobado por R.M. N° 729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los Programas de Atención Integral.

- Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01 “Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre-término con riesgo de Retinopatía del prematuro”.
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021”.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03: Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 503-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 095-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud: “Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes”.
- Resolución Ministerial N° 944-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 100-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven.
- Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente”.
- Resolución Ministerial N° 240-2013/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor”.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 756-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Organización de los Círculos de Las personas adultas Mayores en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.
- Resolución Ministerial N° 917-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Orientaciones para la atención integral de salud de las y los adolescentes en el primer nivel de atención “
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-v.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.
- Resolución Ministerial N° 209-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Gestión para la Promoción de la Actividad Física para la Salud”.
- Resolución Ministerial N° 424-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 070-MINSA-DGIESP-V.01: Implementación del Uso de la Libreta de Salud de la Persona Adulta Mayor en los Establecimientos de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Orientaciones para la atención integral de salud en la Etapa de Vida Joven “.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139MINSA/2018-DGAIN Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.
- Resolución Ministerial N° 979-2018/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política Sectorial para la Atención Integral de las Personas Expuestas a Metales Pesados, Metaloides y Otras Sustancias Químicas.
- Resolución Ministerial N°427-2019/MINSA, que aprueba el “Plan de Reducción de la Vulnerabilidad ante la Temporada de Bajas Temperaturas del Ministerio de Salud, 2019-2021”.
- Resolución Ministerial N° 979-2018/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política Sectorial para la Atención Integral de las Personas Expuestas a Metales Pesados, Metaloides y Otras Sustancias Químicas.

- Resolución Ministerial N° 228-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 261-MINSA/2019/DGIESP, "Directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención.
- Resolución Ministerial. 427-2019/MINSA, que aprueba el "Plan de Reducción de la Vulnerabilidad ante la Temporada de Bajas Temperaturas del Ministerio de Salud, 2019-2021".
- Resolución Suprema N° 023-2019-EF, Aprueba el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano.

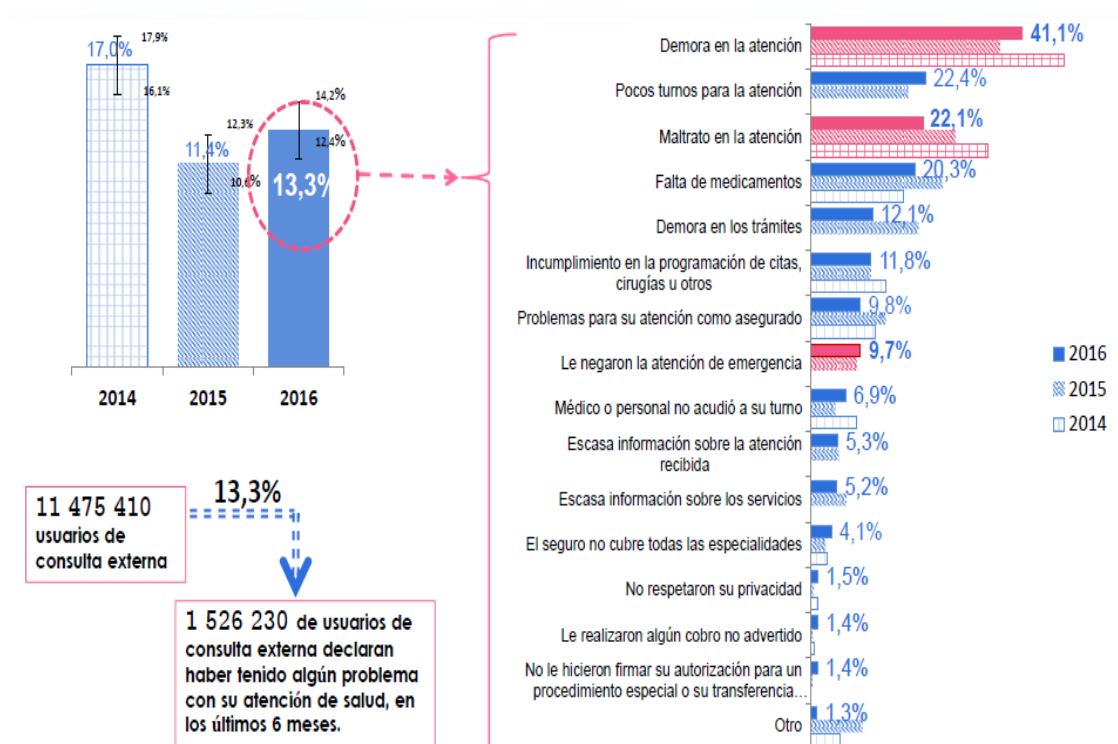
Anexo N° 02 Percepción de los actores involucrados en la PNMS

a. Percepción de las personas usuarias de los servicios de salud

Seclén-Palacin y Darras (2000)¹⁸⁵ señalan que la satisfacción de las personas usuarias cobra importancia debido a que permite “comparar sistemas o programas de salud, evaluar la calidad de los servicios de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios” y que “se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual”. La Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario- ENSUSALUD del 2016¹⁸⁶, reveló que la satisfacción de los usuarios de consulta externa se mantuvo constante entre los años 2014 al 2016, con un valor de 72,5% en promedio.

Las personas usuarias de los servicios de salud identifican como los primeros cuatro motivos de insatisfacción en la atención en consulta externa: demora en la atención, pocos turnos para la atención, maltrato en la atención y falta de medicamentos; todos relacionados a la organización del servicio de salud como se muestra en la Figura 70.

Figura 73. Porcentaje de personas usuarias de consulta externa que declaran haber tenido algún problema durante su atención en los últimos 6 meses.



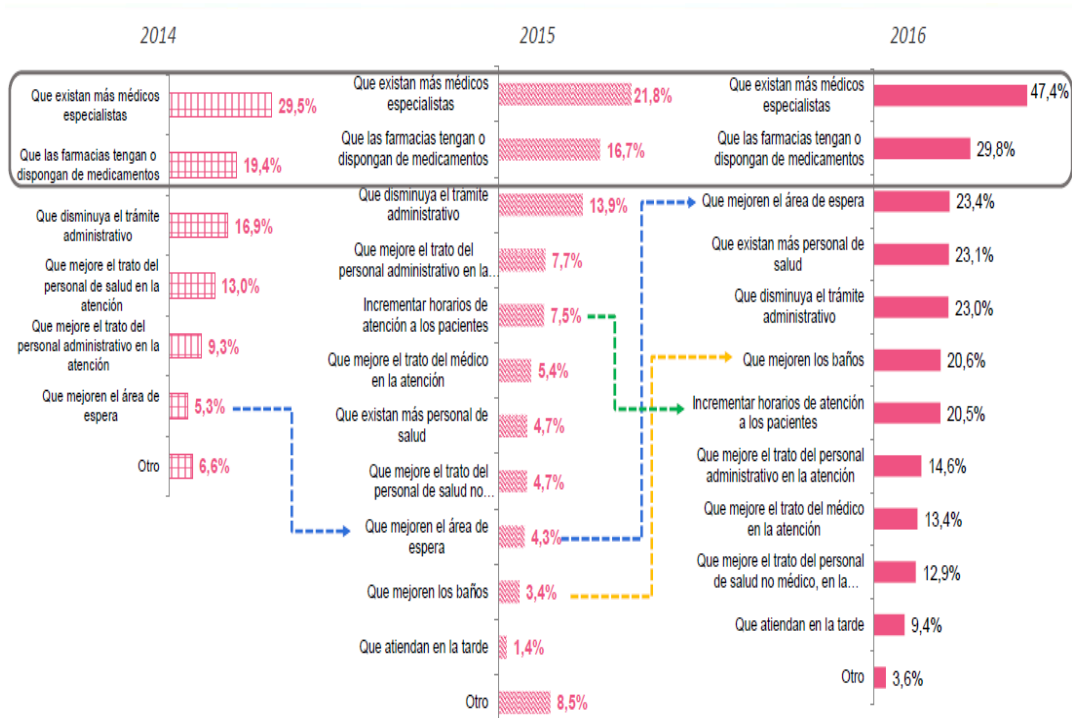
Fuente: ENSUSALUD 2014-2016. Falta nombre de la encuesta

Por otro lado, las personas usuarias refieren en general que los servicios de salud no están respondiendo a las necesidades de atención y cuidado de las personas que buscan atención de salud, por lo que plantearon algunas recomendaciones a los decisores de los establecimientos (Figura 71), orientado principalmente al personal médico especializado y a la disponibilidad de medicamentos, entre otros.

¹⁸⁵ “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000”. En Anales de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Pág. 127-141, v.66 n.2 Lima abr./jun. 2005

¹⁸⁶ Extraído de: <http://portal.susalud.gob.pe/>

Figura 74. Recomendaciones al director del Establecimiento de Salud por parte de las personas usuarias de consulta externa sobre la atención recibida

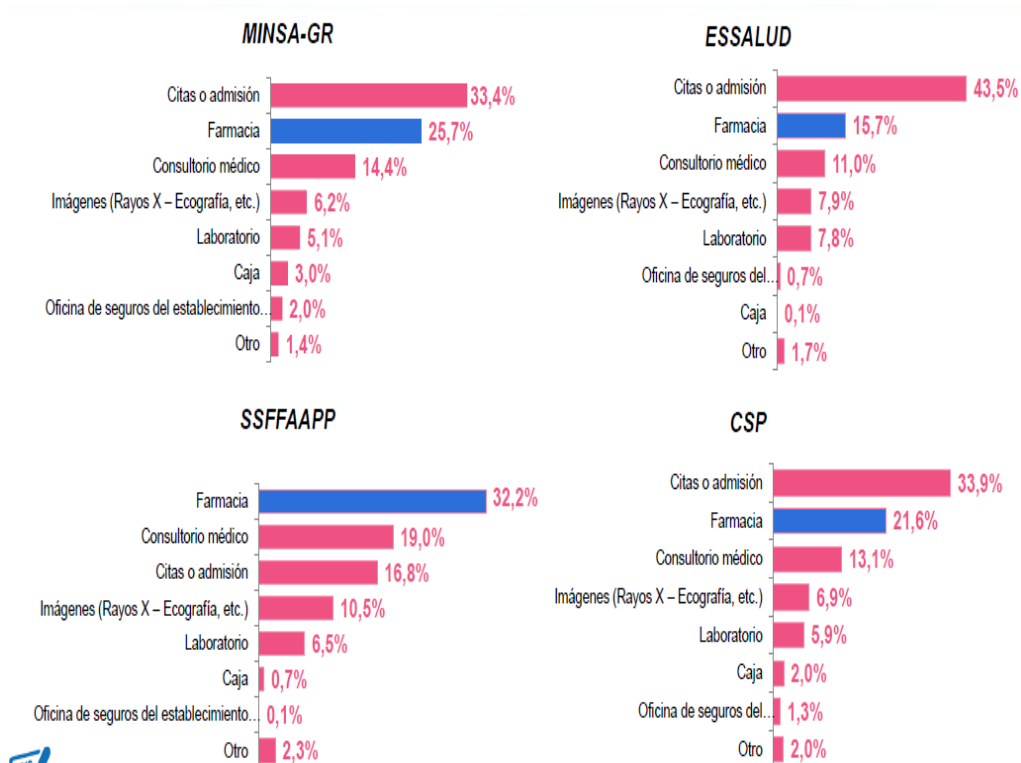


Fuente: ENSUSALUD 2014-2016.

** Por ser pregunta de respuesta múltiple, la suma de los porcentajes no será al 100%.

Así mismo, de acuerdo con la percepción de las personas usuarias, la Figura 72 muestra los servicios a mejorar: Citas y admisión, Farmacia y Consultorio médico principalmente.

Figura 75. Servicios para mejorar de acuerdo con la percepción de las personas usuarias de las IPRESS, según institución.



Fuente: ENSUSALUD 2014-2016.

No obstante, se requiere mayor participación de las personas usuarias para mejorar los servicios de salud, una expresión de ello es la participación de la Junta de Usuarios de los Servicios de salud en Lima, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Callao, Lambayeque y Loreto¹⁸⁷, mediante el desarrollo de planes conjuntos entre el establecimiento de salud y las personas usuarias. En ese contexto, es importante la promoción de la participación ciudadana de las personas usuarias de servicios de salud y que el personal de salud de los establecimientos les brinde acogida para mejorar la oferta y calidad de los servicios, haciéndolos más eficientes, ello implica que las personas usuarias conozcan sus derechos y deberes, en especial el derecho a participar en salud.

Tabla 72. Conocimientos, percepciones y prácticas de los miembros de las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud de SUSALUD en siete regiones del Perú (n=67)

| | Sí | No | No opina |
|---|-------|-------|----------|
| Conocimientos | | | |
| ¿Conoce sus derechos y deberes en salud? | 97% | - | 3% |
| Percepciones y prácticas | | | |
| ¿Difunde los derechos y deberes en salud? | 94% | 1,5% | 4,5% |
| ¿Realiza acciones para la mejora de los servicios de salud en conjunto con los prestadores de servicios de salud? | 86,5% | 9% | 4,5% |
| ¿Informa a la Superintendencia Nacional de Salud sobre casos de posible vulneración de derechos en salud? | 79,1% | 16,4% | 4,5% |
| ¿Elabora propuestas de mejora de los servicios de salud? | 89,5% | 7,5% | 3% |
| ¿Promueve la participación ciudadana de los usuarios de servicios de salud? | 92,5% | 3% | 4,5% |
| ¿Realiza consultas a SUSALUD sobre las acciones que desarrolla? | 67,2% | 19,4% | 13,4% |
| ¿Brinda opinión a SUSALUD sobre normativa existente? | 64,2% | 23,9% | 11,9% |

Fuente: JUS

La OECD (2015) en su estudio¹⁸⁸ realiza un diagnóstico de las principales barreras del país para un desarrollo sostenible e inclusivo, los resultados demuestran que “una cuarta parte de los peruanos declara sentirse insatisfecho con su estado de salud personal”, cifra que se sitúa 5 puntos porcentuales por debajo de la media mundial, a pesar de ostentar una esperanza de vida relativamente alta, siendo también inferior a lo que cabría esperar de un país con el nivel de desarrollo económico del Perú. Asimismo, existen insatisfacción respecto de la calidad la calidad del aire y la calidad del agua (alrededor del 40%), que son considerablemente inferiores a lo esperado.

b. Prioridades sanitarias regionales

El proceso de diseño y formulación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 comprendió la participación continua de distintos actores institucionales y sociales, entre ellos aquellos que pertenecen al ámbito regional y local, a través de espacios y mecanismos establecidos como los Consejos Regionales de Salud en los cuales están representados las instituciones del gobierno regional, de los gobiernos locales de la región, las instituciones de sociedad civil como colegios profesionales y organizaciones sociales y comunitarias de base, todas ellas organizadas en el Consejo Regional de Salud. Los productos de cada etapa de la elaboración de la PNMS fueron consultada a través de la Secretaría de Coordinación (SECCOR) del Consejo Nacional de Salud.

Asimismo, la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) en la que participan los Directores Regionales de Salud y sus principales funcionarios, y es presidida por el Sr. Ministro de Salud, con la participación de los Directores Generales y Jefes Institucionales de los Organismos Públicos Adscrito al MINSA, fue el espacio en que los avances de la PNMS fueron presentada y en la que se recibieron significativos aportes sobre los productos de las distintas etapas. Es precisamente en este espacio de articulación intergubernamental en el cual se validó, a nivel de las máximas autoridades regionales de

¹⁸⁷Jeri-De-Pinho, María. (2018). Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud en el Perú: conocimientos, percepciones y prácticas sobre la protección de sus derechos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 17-21. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14587>

¹⁸⁸ Estudio multidimensional del Perú Volumen 1: Evaluación inicial

salud, la identificación de las prioridades regionales de salud, tanto sanitarias como de gestión, que se presentan a continuación

La Figura 76 muestra las respuestas de los Directores Regionales de Salud de todas las regiones del país ante la pregunta: “¿Cuáles considera son las prioridades sanitarias y de gestión en su región?”

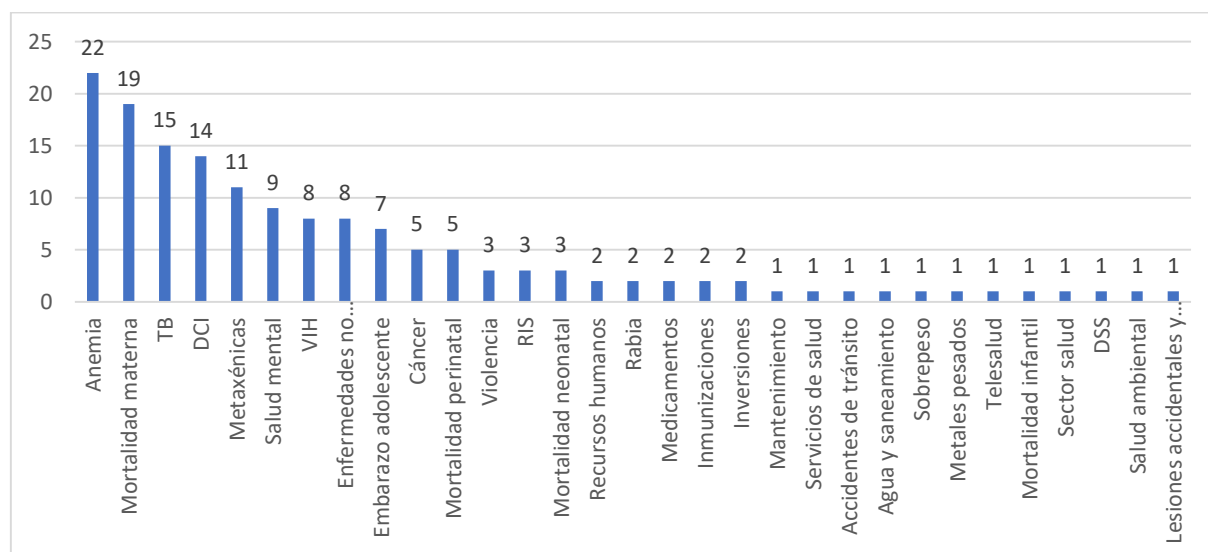
A pesar de la gran diversidad geográfica eco-ambiental y social, de las diferencias en el desarrollo económico y en la dinámica social entre regiones del país, en casi todas ellas (92%) la anemia infantil y de la gestante es considerada de máxima prioridad. Luego de ésta, de manera descendente según frecuencia de mención se hallan como prioridad regional la mortalidad materna (79%), la Tuberculosis Pulmonar (63%) y la Desnutrición Crónica Infantil (58%), cuatro problemáticas sanitarias que son reconocidas como prioritarias en más de la mitad de las regiones del país.

Por otra parte, en casi la mitad del país, once regiones (46%) las enfermedades metaxénicas como Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika son referidas como de prioridad; un número considerable, probablemente asociado a la variación de los ecosistemas como consecuencia del cambio climático. En nueve regiones del país (38%) los problemas relacionados a la salud mental ya son reconocidos como prioritarios. Y muy cercanamente, en casi un tercio de las regiones del país (33%) son prioridades las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, las enfermedades no transmisibles y el embarazo adolescente. En sólo cinco regiones (21%) los directores regionales de salud manifestaron que el cáncer y la mortalidad perinatal son un problema sanitario prioritario.

Cabe señalar que problemas de salud como la violencia, la mortalidad neonatal, las lesiones derivadas de accidentes, el sobrepeso y una enfermedad zoonótica como la rabia, sean considerados prioritarios en no más de tres regiones del país.

También resulta llamativo que los problemas relacionados a la gestión sean poco referidos como prioridades regionales de salud. Así la organización de redes integradas de salud fue referida como problema en tres regiones; las brechas y la gestión de recursos humanos, la logística e implementación de las inmunizaciones y la gestión de las inversiones en dos regiones. Mientras que el mantenimiento de equipos, la gestión de los servicios de salud, las dificultades de la logística y disponibilidad de medicamentos, la inaccesibilidad a telesalud, la salud ambiental, la disponibilidad de agua y saneamiento, la exposición a metales pesados en el ambiente y los determinantes sociales de la salud, fueron mencionados como prioridad en una sola región.

Figura 76. Prioridades Regionales en Salud 2019, por tema.



Fuente: OGDSC-MINSA

c. Percepción de los diversos actores del Sistema de Salud

Objetivo: Se elaboró una encuesta virtual con el objetivo de conocer la valoración y comentarios de los diversos actores del Sistema de Salud sobre la propuesta de problema público y el análisis de sus causas.

Muestra: La muestra estuvo constituida por 23 personas, obtenida mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En el cual el total de la población (N) fue: 26

Z (nivel de confianza): 95% siendo su constante 1.96

P (probabilidad de éxito): 0.9

Q (probabilidad de fracaso): 0.1

D (error máximo admisible): 0.05

La muestra fue seleccionada aleatoriamente.

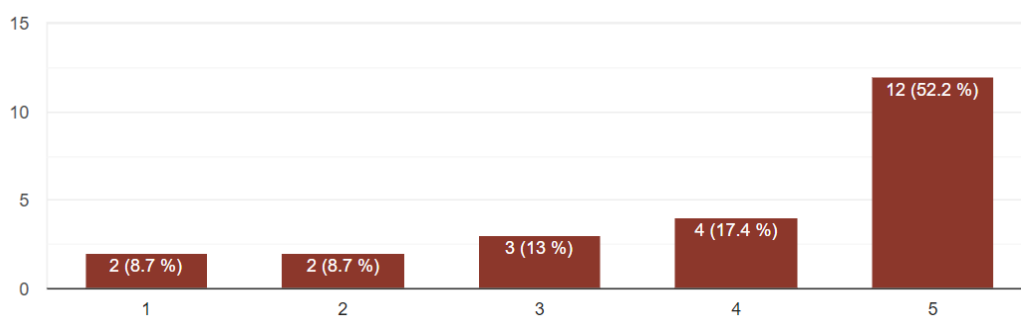
Metodología: A los participantes se les hizo llegar el link de la encuesta a través de correo electrónico, obteniéndose de manera virtual las respuestas, que sirvieron de insumo para el procesamiento de las respuestas.

Resultados: Respecto al problema público, el 68.6% (16) están muy de acuerdo y de acuerdo con el problema público mientras que el 8.7% (2) no está de acuerdo.

Figura 77. Percepción sobre el problema público de la PNMS.

El problema público sugerido es "AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS EN LA POBLACIÓN POR CAUSAS EVITABLE". Seleccione que tan de acuerdo está con el enunciado del problema público

23 respuestas



Elaboración propia.

Entre los comentarios al respecto, realizado sobre el problema público, tenemos:

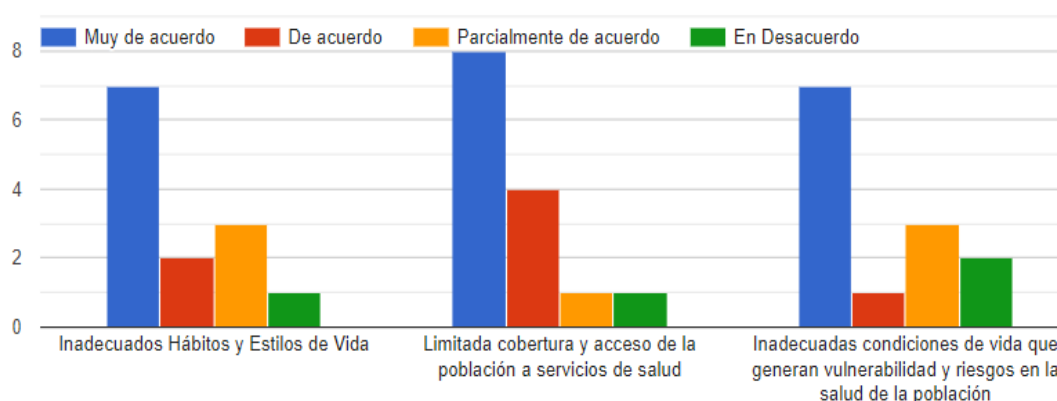
- Las acciones del Ministerio de Salud deben estar enmarcadas en sus funciones no sólo recuperativas sino también preventivas y de protección de salud humana. Esto implica abordar los determinantes ambientales con enfoque sanitario.
- Los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) son el resultado de sumar los Años de Vida perdidos por muerte Prematura (AVP) y los Años vividos con Discapacidad (AVD), como una técnica que utiliza el MINSa para medir la magnitud del daño que producen las enfermedades en la población peruana

- Estoy de acuerdo, porque enfatiza lo que es la prevención al poder ser evitado, dando responsabilidad no solo a los servicios de salud sino también a la población de acuerdo con los determinantes sociales.
- El problema público identificado refleja la situación de salud que vive el pueblo del Perú. Abarca la gran mayoría de sus prioridades sanitarias y no excluye las principales causas de la morbilidad y maternidad.
- Tiene la connotación de no solo mirar la enfermedad.

Respecto a la identificación de las causas, la mayor parte de personas que respondieron la encuesta se encuentran muy de acuerdo con cada una de las causas.

Figura 78. Percepción sobre las causas identificadas de la PNMS.

En el análisis del problema público se identifican 03 causas directas. Selecciones que tan de acuerdo está con las causas identificadas



Elaboración propia.

A continuación, se muestran algunos comentarios respecto a las causas identificadas:

- Hay factores del entorno ambiental, que no sólo se reflejan en inadecuadas condiciones de vida, sino también los peligros ambientales que ponen en riesgo la salud humana.
- El análisis de causas realizado abarca de manera genérica la totalidad de las causas que ocasionan al problema público. Explora las causas en el ámbito Multisectorial, la responsabilidad de las personas para su salud y las grandes deficiencias en el sistema de salud.

Anexo N° 03
Análisis de Tendencias

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|---------------------|--|---|----------------------|---|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| Tendencias Sociales | Incremento de la población. | Hacia 2030, se pronostica que el Perú se situará en 36,8 millones de personas (CEPLAN, 2019). | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |
| | | | Riesgo | Las personas adultas mayores no generarán ahorros El mayor incremento de la población demanda directamente una mayor cobertura de sistemas de salud; asimismo, será necesario que el Estado invierta en una mayor cantidad de personal médico e infraestructura física (hospitales, postas médicas, etc.) para atender esta mayor demanda. | 4 | 4 |
| | Cambios en la estructura etaria de la población | La pirámide poblacional al 2030, muestra claramente una base rectangular, correspondiente al ensanchamiento en los grupos de edad de 30 a 59 años y en los grupos de 60 y más años. Esta tendencia que conduce a la transformación de la pirámide demuestra gráficamente que nuestro país se encuentra en un proceso de envejecimiento demográfico de su población (INEI, 2019). El 8.7% de la población de 60 y más años en 2019, se duplicará hacia el 2030 y se cuadruplicará en 2050. | Riesgo | Las personas mayores a 60 años requieren mayores cuidados que las personas adultas comparados con las personas adultas entre el rango de 20 a 40 años de edad; por lo tanto, van a necesitar que se respete sus derechos, así como un mayor acceso a servicios, beneficios sociales y económicos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017) El incremento de la población y cambios en la estructura etaria demandará una mayor inversión del Estado para ampliar la cobertura del sistema de salud. | 4 | 4 |
| | | | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|-------------------|---|--|----------------------|---|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | Prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas como principales causas de muerte | El Perú presenta un patrón de doble carga de enfermedad, por un lado, las enfermedades transmisibles (infectocontagiosas), perinatales y nutricionales continúan ocasionando un número importante de AVISA, y por otro, las enfermedades no transmisibles ocasionan una alta carga de enfermedad, principalmente en el componente de discapacidad. (CDC-MINSA, 2018). Así mismo, en el Perú según reporta la FAO, el sobrepeso y la obesidad afecta principalmente a las mujeres (26%), con una prevalencia de diez puntos porcentuales mayor que la de los varones (16%) y al 7% de niños y niñas menores de 5 años (Citado en CEPLAN, 2019). | Riesgo | Los niños y las niñas con sobrepeso tienen la probabilidad de seguir siendo obesos en la edad adulta y más posibilidades de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Este grupo de enfermedades restará calidad de vida a las personas, dado que pueden padecer otras enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares), originando en la mayoría discapacidad y en otros, muerte prematura. La prevalencia de estas enfermedades tendrá repercusiones sobre el encarecimiento de la salud, disminución del bienestar de las personas, ausentismo laboral y menor productividad, por lo tanto, menores ingresos a las familias y sus integrantes. Así mismo, generará aumento en el gasto del sistema de salud y aumento del gasto de bolsillo de las familias para el tratamiento de estas enfermedades. | 4 | 5 |
| | Mayor educación de las madres | Según proyecciones realizadas para el informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo (GEM, 2016), si al 2030 se logra la educación universal de las mujeres en edad de procrear, se reduciría la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años: de 68 por cada 1000 nacidos vivos en 2030 a 51 por cada 1000 en 2050, debido a que una madre con mayor educación está en mejores condiciones para cuidar su embarazo, alimentación y cuidado de salud de sus hijos. | Oportunidad | Se espera en el futuro un incremento en el nivel educativo principalmente de las mujeres generando impactos positivos en la salud de sus hijos, así como en el empoderamiento económico y en el bienestar de sus familias (menor porcentaje de niños y niñas con desnutrición o con anemia, reducción de la tasa de mortalidad materno-infantil, con por inmunizaciones). | 4 | 5 |
| | | | Riesgo | Se prevé que las mujeres con mayor educación, buscarán oportunidades laborales para mejoras económicas, generando | 4 | 4 |

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|-------------------|--|---|----------------------|---|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | | | | ausentismo familiar, que disminuiría el cuidado de los hijos. | | |
| | Aumento del consumo de alimentos con las proteínas, minerales y vitaminas de una dieta alimenticia saludable. | El incremento de la población, el crecimiento per cápita de los ingresos y los cambios en los hábitos de consumo generarán un escenario al 2025 donde el consumo per cápita de alimentos como carne, lácteos, aceites vegetales y edulcorantes se incrementará en los países desarrollados y en desarrollo. Además, en el mundo se observará un aumento del consumo de cereales, como trigo, maíz, arroz y otros granos gruesos, en 11,2%, 15,9%, 14,7% y 10,7%, respectivamente En los países en vías de desarrollo, en el 2025 se habrá registrado un incremento del consumo de cereales como el maíz, otros granos gruesos, arroz y trigo en 20%, 20,67%, 15,2% y 15,1% respectivamente en comparación a lo registrado en el periodo 2013-2015. (CEPLAN 2019). | Oportunidad | Se prevé cambios en los hábitos de consumo de las personas de los países en desarrollo, con incremento en el consumo de alimentos saludables, que redundará en una mejora de la calidad de vida de la población | 3 | 4 |
| | | | Riesgo | N/A | N/A | N/A |
| | | | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |
| | Violencia de genero | Una de las altas tasas de violencia en Latinoamérica es la que ocurre hacia las mujeres y niñas, lo que hace de la región no solo la más desigual sino también la más violenta del mundo contra las mujeres fuera de un contexto de guerra (Muggag y Aguirre Tobón, 2018) (PNUD, ONU Mujeres, 2017). Según un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ONU Mujeres (2017), este fenómeno persiste a pesar de las severas leyes que buscan aplacarlo en la región. El programa contra la violencia familiar y sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables registra un notable incremento de personas afectadas y atendidas por algún caso de violencia. Solo en violencia familiar, el registro pasó de 37 315 personas en 2012 a 63 022 en 2016, es decir, un incremento de cerca del 40% de casos, con alta concentración en Lima (más del 26%) (CEPLAN 2019). | Riesgo | La relación bidireccional entre la salud mental y la violencia, está claramente establecida; la depresión es un factor de riesgo para suicidio, así como el consumo de sustancias es un factor de riesgo para agresión. Asimismo, los problemas de salud mental son, muchas veces, consecuencia de actos de violencia contra la persona afectada, en su mayoría mujeres abusadas por sus parejas, niños maltratados, las víctimas de abuso sexual, todos los cuales tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, | 4 | 5 |

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|-----------------------|---|---|----------------------|--|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | | | | ansiedad, trastorno de estrés postraumático o conductas suicidas ¹⁸⁹ | | |
| Tendencias económicas | Elevada informalidad y precariedad del empleo. | A futuro persistirá un déficit en la calidad del empleo, situación que podría verse impulsada por la automatización de los trabajos y su incidencia en las nuevas formas y calidad de los empleos. Si no se logra mejorar el marco normativo y la provisión de los servicios públicos que constituyen un obstáculo para la sobrevivencia de las empresas formales, se esperaría que el peso de la informalidad en la economía peruana persista. Ello no solo implicaría un impacto negativo en la asignación de recursos y el crecimiento económico, sino que se traduciría en una mayor cantidad de trabajadores con bajos salarios y condiciones laborales deficientes. | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |
| | | En años recientes se aprecia un repunte de la informalidad laboral. A futuro, la formalización de los empleos dependerá mucho del crecimiento económico, de los cambios en la matriz productiva en apuesta por sectores intensivos en empleo, y de la efectividad de las políticas (mayor productividad, protección social y modernización de los sistemas de fiscalización), orientadas a la formalización del mercado laboral (OIT, 2016). | Riesgo | Si en el futuro todavía no se cuenta con las normas, que haga posible un incremento sustantivo en puestos de trabajo, tales como, dispositivos legales que den un tratamiento diferente en tasas de interés y tasa impositivas a las MYPES, generadores de la mayoría de los empleos en el país y otras normas; se prevé un incremento del subempleo y desempleo. Las actividades informales se realizan en ambientes insalubres que afectan la salud de los trabajadores porque propician la transmisión de enfermedades a causa de parásitos y microorganismos dañinos; además, la falta de protección por las bajas temperaturas o altas temperaturas, generan problemas de salud como pulmonía, bronquitis, resfriados severos, insolación, etc. (MIDIS, 2016). | 4 | 5 |
| | Persistencia de jóvenes que no | La proporción de personas jóvenes que no se encuentran ocupadas ni en capacitación, y que no estudian (NiNis 26), ilustra la magnitud de aquellos jóvenes ciudadanos que se encuentran | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |

¹⁸⁹ Mercy JA, Butchart A, Dahlberg LL, Zwi AB, Krug EG. Violence and Mental Health Perspectives from the World Health Organization's World Report on Violence and Health. J Mental Health. 2003; 32: 20-35

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|----------------------|---|--|----------------------|--|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| Tendencias Políticas | estudian ni trabajan (NiNis) | <p>desconectados del mercado laboral y del sistema educativo por la existencia de posibles barreras o factores culturales (Hoyos, Rogers y Székely, 2016). De acuerdo con Williamson (1997), esta población se encuentra en la actualidad en un estado en el que no pueden desarrollar sus capacidades, y probablemente tampoco lo puedan hacer en el futuro.</p> <p>Con respecto a la tendencia del Perú desde 2006, el peso de los NiNis dentro de la población entre 15 y 24 años se ha mantenido casi constante en 22%, lo cual se traduce en más de 1 millón de jóvenes que no trabajan ni estudian (CEPLAN, 2019).</p> | Riesgo | Si en el futuro todavía no existen políticas claras y programas efectivos para insertar a los NiNis al sistema económico del país, se tendrá un incremento de la pobreza, delincuencia, consumo de drogas e inseguridad social | 4 | 5 |
| | Aumento de las organizaciones criminales | <p>Hacia el 2030 es probable un aumento de las organizaciones criminales, así como la ocurrencia de delitos (trata de personas, extorsiones) y fraudes informáticos, la falsificación de dinero, la comercialización de productos prohibidos, entre otros. En ese mismo año, el total de homicidios anuales en el mundo se situará en 421 mil; asimismo, el número anual de muertes violentas será mayor de 610 mil (CEPLAN, 2019).</p> <p>El crimen organizado ha ido socavando las instituciones de los Estados, trayendo grandes perjuicios de toda índole, por lo cual los Estados han tenido gran costo, lo que implica no solo un problema social, sino también uno económico (BID, 2017). América Latina es la región con más costos por enfrentar problemáticas relacionadas con el crimen organizado.</p> <p>“El Perú, pese a no ser considerado entre los países más violentos e inseguros de América Latina, no está ajeno a dicha problemática. Según los datos del INEI, el porcentaje de la población de 15 y más años de edad víctima de algún hecho delictivo disminuyó durante el periodo 2010-2018, pasó de 33,1% a 25,7%” (INEI, 2018).</p> | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |
| | | | Riesgo | <p>Se estima que la capacidad de respuesta futura de la policía, ante el incremento del crimen organizado, en especial al relacionado con la producción y comercialización de drogas ilegales y productos falsificados (entre ellos medicamentos) no va a mejorar, por lo que se espera, un incremento de la violencia, incremento de la drogadicción y daño de la vida humana por el consumo de medicamentos adulterados.</p> <p>El consumo de drogas tiende a ser alto en las personas que cometen delitos, esto a razón de que ciertos estudios destacan que la violencia psicofarmacológica es atribuible al consumo de alcohol y al consumo de drogas ilegales, violencia que se expresa en los hechos delictivos, mostrándose una mayor probabilidad de ocurrencia en el periodo de adicción intensa (INCB, 2003; Organización de los Estados Americanos, 2013).</p> | 3 | 4 |

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|------------------------|---|---|----------------------|--|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | | | | | | |
| Tendencias ambientales | Incremento de la temperatura y aumento de la frecuencia de eventos climáticos extremos | <p>El incremento de la temperatura es una de las principales consecuencias del aumento de la acumulación de gases de efecto invernadero (GEI) en la atmósfera.</p> <p>El calentamiento por emisiones antropogénicas, desde el periodo preindustrial hasta el presente, persistirá durante siglos y seguirá causando más cambios a largo plazo en el sistema climático (IPCC, 2018).</p> <p>Para las próximas décadas, se espera que la temperatura continúe con su comportamiento al alza, la cual podría llegar a 1,5 entre el periodo 2030 y 2052, y se intensificaría hacia finales de este siglo, en caso de que se continúe con el ritmo actual.</p> | Oportunidad | El cambio climático está incrementado la temperatura lo que hará posible que por encima de los 3,500 metros se pueda desarrollar actividades agrícolas rentables que resolverían los problemas de la pobreza extrema en las zonas alto andina, reduciendo los problemas de desnutrición infantil y anemia. | 3 | 3 |
| | | | Riesgo | Se estima para el futuro, incrementos en la frecuencia e intensidad del fenómeno de El Niño, con alteraciones climáticas, intensas lluvias en el norte y graves sequías en la región altiplánica del sur del país, que generarán un incremento de la pobreza en las zonas afectadas. Incidencia de desastres importantes: destrucción o daños graves a la infraestructura y/o daños ambientales, así como pérdida de vidas humanas causados por desastres geofísicos (como terremotos, actividad volcánica, deslizamientos de tierra, tsunamis, etc.) (CEPLAN, 2019). | 4 | 5 |
| | | De acuerdo al Informe “LA DESERTIFICACIÓN EN EL PERÚ” presentado en la Cuarta Comunicación Nacional del Perú a la Convención de Lucha contra la Desertificación y la Sequía. | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|--|---|--|----------------------|--|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | Incremento de la desertificación en el país | El Perú ocupa el tercer lugar (después de Argentina y Brasil) entre los países con mayor extensión de tierras secas a nivel de América del Sur. De acuerdo a estas estimaciones, las tierras secas -entre zonas hiperáridas, áridas, semiáridas y subhúmedas secas- alcanzan más de 516 mil km ² , lo que constituye el 40% de la superficie del Perú, sin embargo, hay una tendencias para que se incremente esta cifra. Las principales causas de la desertificación son, en la costa, la salinización del suelo, la erosión hídrica y eólica y la contaminación de suelos por relaves mineros; en la sierra, la erosión hídrica y eólica, además de la compactación por sobrepastoreo y la contaminación; y en la selva, la erosión hídrica. | Riesgo | El incremento de la desertificación en el país generará la pérdida de áreas cultivables afectando los volúmenes de producción de los alimentos de consumo humano, con su posterior afectación del bienestar de la población. | 4 | 5 |
| Tendencias tecnológicas | Incremento del acceso a la salud por el uso de la tecnología | En el futuro, los sistemas de salud alrededor del mundo seguirán apoyándose en el uso de la tecnología. Si bien en los países desarrollados esta relación es más estrecha, en América Latina hay expectativas de que se siga fortaleciendo (Menéndez, 2012). De la misma forma opina Ulrich (2018), quien afirma que en años sucesivos la manera en que las y los pacientes y proveedores monitorean y cuidan la salud en América Latina se irá transformando por la tecnología digital. | Oportunidad | El uso de tecnologías permitirá la asequibilidad de la atención de salud de alta calidad en áreas de difícil acceso, acercando la atención médica a través de la telesalud, en especial a las poblaciones más alejadas y orientarlas al cuidado de su salud. | 4 | 4 |
| | | | Riesgo | N/A | N/A | N/A |
| Tendencias de actitudes, valores y ética | Transformación de las estructuras familiares | América Latina presenta un aumento en la frecuencia de los hogares unipersonales, una reducción importante del porcentaje de hogares nucleares biparentales y un aumento significativo de los hogares monoparentales con jefatura femenina; en este último caso, se incluye tanto a los hogares extensos como a los nucleares. Estos cambios de estructura familiar se deben principalmente, debido a procesos demográficos, cambios en la participación laboral femenina, una mayor tolerancia hacia la convivencia informal y el aumento de la maternidad sola como manifestación de una mayor autonomía por parte de las mujeres, pero también de | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |
| | | | Riesgo | El potencial incremento de la maternidad sola como manifestación de una mayor autonomía por parte de las mujeres, que deben asumir totalmente la economía familiar podría generar pobreza económica y por ende una mala calidad de vida para el grupo familiar | 4 | 4 |

| Tipo de Tendencia | Tendencia | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|-------------------|-----------|---|----------------------|----------|----------------------------|---------------------|
| | | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | | patrones tradicionales en los que la monoparentalidad sigue siendo masivamente femenina (Citado en CEPLAN, 2019). | | | | |

**Anexo N° 4
Análisis de Escenarios**

| Tipo de Escenario | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|---|---|----------------------|--|----------------------------|---------------------|
| | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| Expectativas crecientes de la clase media | <p>Haciendo un balance en el año 2030, después de una década, en la que el país, atravesó por problemas generados por la pandemia del COVID 19, la inestabilidad política, los serios problemas de la corrupción, y la violencia en todas sus formas, el país recuperó su capacidad productiva, logrando un crecimiento económico a tasas de incremento del PBI en promedio anual de 5%.</p> <p>El progreso socioeconómico generó mejoras en el bienestar, la reducción de la pobreza y el aumento significativo de la clase media que está participando activamente en la política nacional; sobre todo exigiendo a las autoridades que mejoren la calidad y cobertura de los servicios públicos de salud y educación, que, hasta la fecha, no logran dar respuesta efectiva a las necesidades de la población (CEPLAN, 2019).</p> | Oportunidad | N/A | N/A | N/A |
| | | Riesgo | La participación activa de la clase media en la vida política, exigiendo a las autoridades que los servicios de salud, además de tener una cobertura nacional, asegure a la población calidad y oportunidad; redundará en el consecuente incremento de los AVISA. | 4 | 4 |
| Aumento de la tecnología y la mecanización | <p>En el 2030, se vive un proceso de transformación estructural caracterizado por el aumento de la tecnología y la mecanización sin precedentes en el mundo.</p> <p>En el campo médico, el empleo de inteligencia artificial en tratamientos oncológicos, así como en tratamientos de enfermedades crónicas, está generando resultados impresionantes; así mismo, la conectividad digital está haciendo posible el empleo de la telesalud.</p> | Oportunidad | La geografía del país, difícil, accidentada, con cordilleras que cruzan todo el país, ha aislado a miles de pequeñas poblaciones, pero ahora gracias a la Red Dorsal Nacional de Fibra Óptica que conecta a Lima con 22 capitales de región, 180 capitales de provincia y cientos de poblaciones geográficamente aisladas, está haciendo posible, que con uso de sensores y dispositivos de monitorización remota, se atienda a miles de pacientes que viven en zonas aisladas, teniendo acceso a asistencia médica superior | 5 | 4 |
| | | Riesgo | N/A | N/A | N/A |
| Ocurrencia de desastre mayor | El Perú es propenso a eventos meteorológicos extremos y desastres como sismos, tsunamis y actividad volcánica, debido a su ubicación en la zona denominada "Cinturón de Fuego del Pacífico". Asimismo, es considerado como | Oportunidad | Dada la alta probabilidad que cualquiera de los eventos meteorológicos extremos y desastres pueda ocurrir, generando destrucción, muertos y heridos; se requiere | N/A | N/A |

| Tipo de Escenario | Descripción | Riesgo / Oportunidad | Análisis | Probabilidad de ocurrencia | Potencial impacto |
|-------------------|---|----------------------|---|----------------------------|---------------------|
| | | | | (Escala del 1 al 5) | (Escala del 1 al 5) |
| | <p>el tercer país del mundo más vulnerable al cambio climático después de Honduras y Bangladesh (MINAM, 2011).</p> <p>Sumado a los esperados impactos del cambio climático, el país debe tener en cuenta lo sugerido por Tavera (2014) sobre la posibilidad de que se produzca un sismo con magnitud del orden de 8,8Mw frente a la zona costera de la región central del Perú acompañado de eventos de tsunamis.</p> <p>Este escenario acarrea el riesgo de incrementar la pobreza, el hambre y la desnutrición al verse afectada la producción agrícola por los impactos de la naturaleza, así como por el abandono de las tierras de cultivo, lo que a su vez implica el desplazamiento de la población rural a las zonas urbanas, generando mayor desempleo, pobreza, incrementando el sector informal.</p> | | organizar en el área de salud, con la participación de otras organizaciones como Defensa Civil, Gobiernos Subnacionales, un plan permanente de respuesta rápida y efectiva, con la infraestructura ad hoc (aviones para efectuar puentes aéreos y hospitales móviles), personal especializado en situaciones críticas, con el equipamiento adecuado, kits de medicinas y alimentos, reduciendo de esta manera la pérdida de AVISA de las poblaciones afectadas. | | |
| | | Riesgo | N/A | N/A | N/A |

Anexo N° 05 Metodología de Carga de enfermedad y la proyección de AVISA

METODOLOGÍA DE CARGA DE ENFERMEDAD¹⁹⁰

La carga de enfermedad de un país se mide a través de un indicador compuesto denominado Años de Vida Saludables perdidos (AVISA), el cual utiliza indicadores epidemiológicos como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida).

Mediante los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a consecuencia de una enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Por tanto, se representa el estado de salud de una población en una sola cifra, permitiendo identificar los problemas de salud prioritarios, a través de un indicador sintético que cuantifica el impacto de cada una de estas condiciones.

Para entender el proceso realizado en la elaboración del indicador AVISA en primer lugar, se explicará las consideraciones metodológicas que se desarrollaron tanto en el procesamiento de los datos de mortalidad como de morbilidad. Posteriormente, se describirá la forma del cálculo de cada uno de los componentes del indicador AVISA.

1. Procesamiento de los datos de Mortalidad

Los datos de mortalidad son necesarios para elaborar el primer componente del AVISA, el indicador de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP). Estos se obtienen y procesan de la base de defunciones y en virtud a su importancia previamente se realizará una descripción de sus características.

2. Procesamiento de los datos de Morbilidad

Los datos de morbilidad permiten estimar el otro componente del AVISA, el indicador de años de vida vividos con discapacidad (AVD). Para ello, es necesario contar con los indicadores epidemiológicos de diversas enfermedades como duración de la discapacidad, edad de inicio de la enfermedad y grado de discapacidad, los cuales deberán estar disponibles según edad y sexo para cada una de ellas.

Por tal motivo se realizó una búsqueda sistemática de datos relacionados a cada una de las enfermedades que se presentan en el país.

Para estimar la incidencia y prevalencia de las enfermedades se revisó los registros de la atención diaria de consulta externa^{23,24}, registros individuales de egresos²⁵ y emergencias y el registro de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica – NOTI²⁶ de la Red Nacional de Instituciones Prestadoras de Salud – RENIPRES. También, se revisaron encuestas nacionales sobre diversos factores de riesgo (ENDES, ENAHO)^{27, 28}, estudios publicados en revistas científicas nacionales que dan cuenta sobre la prevalencia y/o incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles. La información utilizada correspondió al periodo 2016, y en el caso de los artículos científicos se usó la más recientemente publicada.

Asimismo, se realizó una búsqueda complementaria por internet para completar las estimaciones iniciales de morbilidad, revisando publicaciones que muestran resultados de incidencia y prevalencia de otros países latinoamericanos.

3. Metodología en el cálculo del indicador AVISA

Los AVISA son un indicador sintético mediante el cual se pueden medir las muertes a diferentes edades y discapacidades. Se puede pensar en un AVISA como un año perdido de vida "saludable", y la carga de la enfermedad se puede considerar como una medida de la brecha entre el estado de salud actual y una situación ideal donde todos viven en la vejez, libres de enfermedad y discapacidad.

¹⁹⁰ Estudio de Carga de Enfermedad 2017, CDC – MINSA. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2016.pdf>

Las bases en la que se sustenta todo estudio de Carga de Enfermedad, provienen del artículo publicado por Christopher Murray en el boletín de la OMS ⁴ del año 1994 y que posteriormente fuera descrito ampliamente en el volumen I del libro "The Global burden of disease and injury series" ²⁹. Entre los parámetros requeridos para el cálculo de los AVISA se tiene:

1. Duración del tiempo perdido como consecuencia de la muerte prematura (AVP)
2. Valor social del tiempo vivido a diferentes edades (β)
3. Tasa de descuento social (r)
4. Medición de resultados no fatales (AVD)

La fórmula para el cálculo de los AVISA se muestra en la siguiente función integral:

$$\int_{x=a}^{x=a+L} DCxe^{-\beta x} e^{-r(x-a)} dx$$

Al desarrollarla se tiene:

$$YLL = \frac{KCe^{ra}}{(r+\beta)^2} [e^{-(r+\beta)(L+a)} [-(r+\beta)(L+a) - 1] - e^{-(r+\beta)a} [-(r+\beta)a - 1]] + \frac{1-K}{r} (1 - e^{-rL})$$

$$YLD = DW \left\{ \frac{KCe^{ra}}{(r+\beta)^2} [e^{-(r+\beta)(L+a)} [-(r+\beta)(L+a) - 1] - e^{-(r+\beta)a} [-(r+\beta)a - 1]] + \frac{1-K}{r} (1 - e^{-rL}) \right\}$$

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 ($\beta = 0.04$)
- C = Constante de ajuste de la ponderación de la edad ($C = 0.1658$)
- r = Tasa de descuento social ($r = 0.03$)
- $Cxe^{-\beta x}$ = Valor del tiempo vivido a diferentes edades

3.1. Cálculo de los AVP

Los AVP evalúan la duración del tiempo perdido entre la edad de muerte de cada fallecido y un límite de edad arbitrario. Para este estudio se utilizó la esperanza de vida a la edad de defunción de la cohorte respectiva en la tabla de vida estándar de una población de baja mortalidad (Tabla modelo West nivel 26 modificada), la misma que define una esperanza de vida al nacer de 82.5 años para las mujeres y de 80 años para los varones ³⁰.

Como se mencionó anteriormente, el cálculo de los AVP se realizó de manera automatizada por el aplicativo informático de la OMS, utilizando como insumo la base defunciones del Perú del 2016, que previamente fue corregida de la mala calidad del dato y del subregistro.

Para el cálculo de los AVP, el aplicativo requiere tener los siguientes elementos:

- a. Población estándar según West Level 26
- b. Población por grupos de edad y sexo
- c. Número estimado de defunciones por grupos de edad y sexo

- d. Edad media de muerte por cada grupo de edad y sexo
- e. Expectativa de vida estándar para cada grupo de edad y sexo

3.2. Cálculo de los AVD

Los AVD se definen como el tiempo perdido a consecuencia del padecimiento de una enfermedad y/o de sus secuelas. Al igual que los AVP, se expresan en unidades de tiempo, por lo que, fueron valorados como años perdidos. Como se mencionó anteriormente, su cálculo requiere de estimaciones de los indicadores epidemiológicos de la incidencia de la enfermedad, duración de la discapacidad, edad de inicio de la enfermedad y grado de discapacidad.

Se utilizaron los estimados epidemiológicos para la subregión andina de Latinoamérica (que incluye Perú, Bolivia y Ecuador) publicados en el reciente estudio de Carga Mundial de Enfermedad ¹³ (GBD 2016).

Para construir los modelos de comportamiento y distribución de las enfermedades de interés se utilizó el programa DISMOD II ³¹, el cual utiliza como insumo los valores iniciales de incidencia, prevalencia, duración, remisión y mortalidad específicos por cada enfermedad.

El DISMOD, mediante un modelo matemático evalúa la consistencia interna de los parámetros disponibles para estimar los faltantes. De esta manera, genera una tabla de vida de múltiples niveles con riesgos competitivos y sin interacción entre enfermedades, integrándose así, en su nueva estimación y de manera coherente, los indicadores que van a incorporarse a las expresiones que permitirán calcular los AVISA.

Peso de la discapacidad

Se utilizaron las tablas de secuelas y discapacidad atribuible a cada enfermedad según los cálculos provistos por Murray y Lopez ³². El peso final por cada enfermedad resultó en el promedio de los pesos de discapacidad de las secuelas discapacitantes asociadas a la enfermedad, ponderados por la frecuencia con que aparece cada secuela, la cual se tomó de datos publicados también por estos autores ³³ y por resultados nacionales cuando estuvieron disponibles.

El peso de la discapacidad refleja la gravedad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte), con valores intermedios de acuerdo a las distintas clases de discapacidad establecidos por la Clasificación Internacional de Discapacidad de la OMS ³⁴ (ver tabla). Estos valores, además permitieron establecer equivalencias con los AVP, de tal manera que ambas medidas (AVP y AVD) sean comparables.

Tabla N° 1. Clase, descripción y peso de la discapacidad del estudio de Carga Global de Enfermedad

| CLASE | DISCAPACIDAD | PESO (0-1) |
|---------|---|------------|
| Clase 0 | Ausencia de discapacidad | 0 |
| Clase 1 | Limitada posibilidad de realizar como mínimo 1 actividad en las siguientes áreas: recreación, ocupación educación o procreación. | 0.10 |
| Clase 2 | Limitada posibilidad de realizar más de 1 actividad en las siguientes áreas: recreación, ocupación educación o procreación. | 0.22 |
| Clase 3 | Limitada posibilidad de realizar 2 ó más actividades en las siguientes áreas: recreación, ocupación educación o procreación. | 0.40 |
| Clase 4 | Limitada posibilidad de realizar la mayoría de las actividades en las siguientes áreas: recreación, ocupación educación o procreación | 0.60 |
| Clase 5 | Necesidad de asistencia con instrumentos para realizar actividades diarias como preparación del alimento, hacer compras o trabajar en el hogar. | 0.81 |
| Clase 6 | Necesidad de asistencia para actividades diarias de la vida como comer, higienizarse, uso del toilet. | 0.92 |
| Clase 7 | Muerte | 1 |

Fuente: Murray CJL, Lopez A. Estimating Causes of Death: New Methods and Global and Regional Applications for 1990. En: The Global Burden of Disease Vol I. Boston: Harvard University Press; 1996. p. 128-33.

3.3. Cálculo de los AVISA

Los AVISA para una enfermedad o lesión se calculan como la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura (AVP) en la población y los años perdidos debido a la discapacidad (AVD) para los casos incidentes de la enfermedad o lesión.

En el desarrollo de la fórmula de la función integral del cálculo de los AVISA, se observa que tanto a los AVP como a los AVD se le aplica la tasa de descuento y el valor social del tiempo vivido a diferentes edades. Esto con el fin de producir una mayor ponderación relativa de los AVISA en las edades productivas; sin embargo, a pesar de ello, no logran revertir el fenómeno de concentración del riesgo de enfermar y morir de las edades extremas de la vida.³⁵

4. Elaboración de los resultados según la lista del estudio de Carga Global de Enfermedad

Se utilizó la lista de carga de enfermedad publicada en los resultados del Instituto para la Métrica de la Salud y Evaluación - IHME (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016>), adecuándola a la lista publicada de los resultados de carga de enfermedad del Perú de los años 2004 y 2012.

La lista de carga de enfermedad utilizada para el presente estudio contiene 154 subcategorías, 3 grupos y 29 categorías, tal como se detalla a continuación.

Lista de Categorías de Enfermedades

| Grupo | Categorías | Categoría nueva |
|--|--|-----------------|
| Enf. transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales | Tuberculosis | ✓ |
| | VIH/SIDA | ✓ |
| | Enfermedades de transmisión sexual, excepto VIH/SIDA | ✓ |
| | Infecciones intestinales | ✓ |
| | Enfermedades transmitidas por vectores | ✓ |
| | Hepatitis | ✓ |
| | Inmunoprevenibles | ✓ |
| | Otras infecciones | ✓ |
| | Infección respiratoria | |
| | Deficiencias nutricionales | |
| | Condiciones perinatales | |
| | Condiciones maternas | |
| | Anomalías congénitas | |
| Enf. no transmisibles | Diabetes | |
| | Endocrinos y sangre | |
| | Enf. aparato digestivo | |
| | Enf. cardiovasculares | |
| | Enf. genitourinarias | |
| | Enf. órganos de los sentidos | |
| | Enf. osteomuscular y tejido conectivo | |
| | Enf. respiratorias | |
| | Enfermedades de la piel | |
| | Enfermedades orales | |
| | Condiciones neurológicas | ✓ |
| | Trastornos mentales y del comportamiento | ✓ |

| | | |
|------------------------------|---------------------------|--|
| | Tumores malignos | |
| | Otros tumores | |
| Accidentes y lesiones | Lesiones Intencionales | |
| | Lesiones No intencionales | |

5. Presentación de resultados

Para la presentación de los resultados se calcularon indicadores como el número total de AVISA y su desagregado por componente AVP y AVD. También se calculó la razón de AVISA, que divide el número de AVISA y la población.

Razón de AVISA

La razón de AVISA mide el riesgo de perder años de vida saludables a que está expuesta la población del país o de un lugar. Se calcula dividiendo el número de AVISA por todas las causas entre la población total a mitad de período, multiplicada por mil.

La Razón de AVISA específica

La razón de AVISA específica mide el riesgo de perder años de vida saludables por una determinada enfermedad a que está expuesta la población del país o de un lugar específico. Se calcula dividiendo el número de AVISA por una causa específica entre la población total a mitad de período, multiplicada por mil.

Para los denominadores poblacionales específicos a la edad y sexo se utilizó los estimados de población obtenidos de las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Es necesario mencionar que los resultados que se incluirán en el presente documento corresponden solo al año 2016, no se pretende realizar alguna comparación con los anteriores estudios de carga de enfermedad debido a la existencia de diferencias metodológicas, los cuales guardan relación con que cada vez las estimaciones mundiales de morbilidad son más amplias y abarcan no solo más regiones geográficas sino también se incluyen un mayor número de enfermedades. Asimismo, la lista de la clasificación de enfermedades sufrió modificaciones, lo que podría influir en el cálculo total de los AVISA (Para más detalle revisar las explicaciones descritas en el estudio del 2012¹⁸).

METODOLOGÍA DE PROYECCIÓN DE AVISA

En base a los estudios de carga de enfermedad se ajustó una regresión lineal a los AVISA entre los años 2004 y 2016, obteniéndose la siguiente regresión:

$$Y = -36698429 + 20750 * X$$

Donde Y son los AVISA y X los años. La regresión tuvo un R2 ajustado de 0.9515 (valor de p: 0.0163) que garantiza un buen ajuste del modelo a los datos.

Luego se proyectó esta línea de tendencia hasta el 2030 a través de la fórmula de la regresión lineal. Luego para estimar el impacto de la política se le restó 5% de AVISA por año a la línea de regresión estimada.

Anexo N° 06
Evaluación de Alternativas de Solución

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|--|--|--|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| Inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida | Limitado desarrollo de una cultura de salud en el autocuidado y prácticas saludables de la persona, la familia y la comunidad. | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a las personas | <p>El modelo de Orem define al autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.</p> <p>La Teoría del autocuidado abarca el autocuidado, la actividad de autocuidado y el requisito terapéutico para el autocuidado (Tomey y Alligood, 2002). El autocuidado es una función reguladora humana que las personas realizan deliberadamente para sí mismas o que otra persona realiza para preservar la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. Cuando actúa de manera consciente, controlada, intencional y efectiva, logrando una autonomía real, lo llamamos actividad de autocuidado (Tomey y Alligood, 2002).</p> <p>La capacidad de autocuidado solo se afirma cuando el individuo puede realizar la actividad de autocuidado para mantener, restaurar o mejorar su salud y bienestar. Este pensamiento nos lleva al concepto de transición propuesto por Meleis, mencionado por Abreu (2008), que se define como un cambio significativo en la persona, cuando se expone a estímulos y nuevos conocimientos, lo que puede generar un nuevo comportamiento u otra definición de en sí mismo en el contexto social. Según Shollsberg, citado por Abreu (2008), durante la experiencia de una transición, la capacidad de la persona para determinar y gestionar sus necesidades y construir respuestas adaptativas puede verse alterada, por lo que un período de adaptación o ajuste.</p> <p>OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en el año 2018 indica que los beneficios psicológicos del ejercicio físico son los siguientes: Aumenta la autoestima, mejora la autoimagen, reduce el aislamiento social, rebaja la tensión y el estrés, reduce el nivel de depresión, ayuda a relajarte, aumenta el estado de alerta, disminuye el número de accidentes laborales, menor grado de agresividad, ira, angustia, Incrementa el bienestar general. Asimismo, indica que las medidas para cuidar la salud mental son las siguientes: Cuidar las horas de sueño (entre 6 y 8 horas), meditación, mejora el estado mental, organizar el tiempo: priorizar en base a tiempo y recursos, cuidar las relaciones interpersonales cuidando afectar positivamente a los demás, no tener relaciones con personas tóxicas: pensamientos victimistas, egocéntricos, agresivos y manipuladoras; escuchar buena música, leer buenos libros, compartir las preocupaciones, ser positivo: adoptar una actitud constructiva (aceptarse a un sí mismo y a todo lo que está alrededor), marcarse objetivos: tener un objetivo vital y elaborar un proyecto de vida a mantener hábitos de vida más saludables.</p> | 4 | 4 | 2 | 4 | 14 | x |
| | | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a la familia | <p>La OMS en su documento "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud" dirigido a las familias explicita las siguientes buenas prácticas: Una nutrición saludable en el hogar Para los lactantes y niños pequeños: lactancia exclusivamente materna; evitar añadir azúcares y almidones a la leche artificial; aceptar la capacidad del niño para regular su propia ingesta de calorías, en vez de obligarlo a vaciar el plato; garantizar la ingesta de micronutrientes necesaria para fomentar un crecimiento lineal óptimo.</p> <p>Para niños y niñas y adolescentes: darles un desayuno saludable antes de acudir a la escuela; darles refrigerios saludables (cereales integrales, hortalizas, frutas); fomentar la ingesta de frutas y hortalizas; reducir la ingesta de alimentos ricos en calorías y pobres en micronutrientes (refrigerios envasados); reducir la ingesta de bebidas azucaradas; hacer lo posible porque las comidas se hagan en familia; reducir la exposición a las prácticas mercadotécnicas (por ejemplo, reducir el tiempo dedicado a ver televisión); enseñar a los niños y las niñas a resistir la tentación y las estrategias mercadotécnicas; proporcionar información y aptitudes para que puedan elegir opciones alimentarias saludables.</p> | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|-----------------|---|--|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | | En lo relativo a la actividad física en el hogar plantea: reducir el tiempo de inactividad (televisión, computadora); alentar la ida al colegio y a otras actividades sociales a pie o en bicicleta en condiciones de seguridad; integrar la actividad física en las rutinas de la familia, buscando tiempo para hacer paseos en familia o participar juntos en juegos activos; asegurarse de que la actividad sea apropiada para la edad y proporcionar equipo protector (casco, muñequeras, rodilleras, etc.). | | | | | | |
| | | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a la comunidad. | <p>La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permita a la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer aptitudes y oportunidades que la lleven hacer sus opciones en términos de salud</p> <p>La alternativa de solución se sustenta en la Carta de Ottawa en la que menciona que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y lo que es más la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados, los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación, las gentes de todos los medios sociales que están implicados en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.</p> <p>La "constitución" de Ciudades saludables/Comunidades Saludables. es el modo estándar por el cual la OMS trata la salud comunitaria. Una ciudad saludable se basa en dos premisas: Una visión global de la salud, toma en cuenta todos los elementos de la vida comunitaria, ya que ésta afecta tanto la salud del individuo como la misma salud comunitaria. Un compromiso con la promoción de la salud; para el desarrollo real de las comunidades saludables. Se requiere el compromiso de parte de todos los sectores de la comunidad, particularmente del gobierno, para promover la salud comunitaria mediante: La construcción de una política pública saludable y la creación de entornos favorables. Los entornos comunitarios van desde lo físico a lo social, de lo económico a lo político. Algunos entornos favorables pueden ser creados por leyes o regulaciones, algunos por esfuerzos comunitarios y algunos solamente por cambios en la actitud (la cual puede o no ser influenciada por presión social u otro tipo de presiones).</p> <p>Hay 10 componentes importantes de un proceso Ciudades saludables/Comunidades saludables: Crear una visión basada en valores compartidos; adoptar una definición amplia de salud y bienestar; abordar la calidad de vida de todos; involucrar la participación ciudadana diversa y que sea dirigida por la comunidad; la participación multisectorial y la propiedad/titularidad comunitaria; reconocer los determinantes sociales de la salud y la interrelación de la salud con otros temas (techo, educación, paz, igualdad, justicia social); enfrentar y solucionar los problemas a través de la solución colaborativa; enfocarse en los cambios de los sistemas; Algunos ejemplos es el Proyecto de Comunidades Saludables De Pico a Pico, con sede en Nederland, Colorado (EE.UU.), está trabajando para renovar los parques y para crear medios de transporte que van desde el centro de la ciudad a los senderos y áreas naturales en las afueras de ella; En Davis, California, por ejemplo, se ha estimulado el montar bicicleta desde 1960, cuando se convirtió en la primera ciudad de los Estados Unidos en pintar en sus calles carriles para bicicletas. Ha sido posible descontinuar los servicios de autobús escolar porque es muy fácil que los niños y las niñas monten bicicletas, caminen o patinen por los senderos sin tráfico de coches; entre otros.</p> | 4 | 4 | 4 | 1 | 13 | |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|---|--|--|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | Limitada co-responsabilidad de las instituciones públicas y organizaciones privadas para generación de una cultura en salud | Establecer una norma de obligatorio cumplimiento para que las instituciones Públicas incorporen en el PEI, actividades permanentes para el desarrollo de una cultura de salud en los servidores públicos | <p>Según Cortés Ascencio y cols. (2011) refieren que la corresponsabilidad en salud pública implica compromiso por parte de las autoridades gubernamentales y de la población ciudadana.</p> <p>Para incrementar las capacidades de una persona, lograr impactar en su familia y su comunidad, es necesario considerar el contexto en el que vive, se relaciona, ya que las acciones y las estrategias no se pueden implementar de la misma manera en zonas rurales y urbanas, así como en pueblos indígenas, ya que los usos, costumbres y tradiciones son diferentes, asimismo los conceptos o términos vocablos difieren en cada región</p> <p>La corresponsabilidad en salud implica la participación de la comunidad en la preservación o el mejoramiento de su estado de salud aunado a la participación de la autoridades, donde ambos asumen el compromiso de restablecer el bien común, es decir, la corresponsabilidad ciudadano-gobierno en materia de servicios de salud.</p> <p>La corresponsabilidad social operativa en torno a acciones de salud, representa la base para el cumplimiento de una de las premisas de la APS, relacionada con la participación social o comunitaria: el autocuidado y preservación de la salud. Asimismo, es otra de las vías para lograr la codeterminación en los asuntos que atañen directamente a un determinado grupo comunitario, y a la contribución que las propias comunidades pueden brindar a la equidad en el acceso a la salud.</p> <p><i>Cortés Ascencio SY; Ruvalcaba Ledezma JC. La corresponsabilidad en salud pública. Viva Salud-INSP. 2011; 1:40-44.</i></p> | 4 | 4 | 3 | 4 | 15 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|-----------------|--|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | Desarrollar instrumentos legales para que las organizaciones privadas apoyen programas para generación de una cultura en salud | <p>La Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consisten en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. Aunque muchos sectores ya contribuyen a mejorar la salud, todavía hay lagunas importantes.</p> <p>La Declaración de Adelaida perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Un ejemplo de esta alternativa es lo presentado por el Grupo de Trabajo sobre Políticas Fiscales para la Salud abril de 2019 en el que manifiesta que Si todos los países aumentaran sus impuestos selectivos al consumo para aumentar los precios sobre el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas en un 50 %, mundialmente se podrían evitar más de 50 millones de muertes prematuras durante los próximos 50 años y a la vez se recaudarían más de 20 billones de USD de ingresos fiscales adicionales en valor presente descontado. Aumentar aún más los impuestos y los precios en los próximos años salvaría vidas adicionales y elevaría aún más la recaudación fiscal. El consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas daña la salud y le impone enormes costos a la sociedad. Bloomberg Philantropies. Impuestos a favor de la salud para salvar vidas, 2019. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/impuestos-favor-salud-para-salvar-vidas</p> <p>Asimismo, OMS y OPS propone constituir medidas políticas y fiscales integrales hacia productos procesados, lo cual genera reducción de consumo y demanda de alimentos ultraprocesados, permitiendo el cumplimiento de metas del sector en seguridad alimentaria del PDSP 2013-2021, se logra un desplazamiento de la demanda a productos y alimentos saludables como se contrasta en la experiencia internacional.</p> | 4 | 4 | 3 | 4 | 15 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|--|---|--|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| Limitada cobertura y acceso de la población a servicios de salud | Limitado acceso a una capacidad resolutive integral y de calidad de los servicios de salud en base a las necesidades diferenciadas de las personas. | Mejorar la capacidad resolutive y capacidad de oferta de los servicios de salud en el primer nivel de atención de salud. | <p>La alternativa se encuentra acorde a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", que señala que la Capacidad Resolutive es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de" los usuarios, (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).</p> <p>Así mismo, señala que el establecimiento de salud es responsable de garantizar que las UPSS cuenten con los recursos necesarios (recursos humanos, recursos tecnológicos, infraestructura, equipamiento y organización de la atención) para su funcionamiento, durante el horario de atención establecido según corresponda a cada una de ellas, de acuerdo a su capacidad resolutive.</p> <p>La OMS en el documento "El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud. Medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad". Publicada en el año 2019, plantea las siguientes prácticas: Llevar a cabo un análisis y una evaluación de la situación, Fijar metas y definir una hoja de ruta, Establecer normas y mecanismos de rendición de cuentas nacionales, Mejorar la infraestructura y su mantenimiento, Monitorear y examinar los datos, Impulsar el desarrollo profesional del personal sanitario, Involucrar a las comunidades y Llevar a cabo investigaciones operacionales y transmitir el aprendizaje.</p> <p>El Decreto Supremo N° 024-2019-SA establece medidas de mejora de la prestación de servicios de salud a ser implementadas de manera progresiva y a nivel nacional, que decreta la implementación progresiva del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE, programación de turnos y citas, Interoperabilidad de los sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas, asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el Año fiscal 2020, sobre el módulo de control de pago de planillas del Ministerio de Economía y Finanzas.</p> | 4 | 5 | 3 | 4 | 16 | X |
| | | Implementar Redes Integradas de Salud a nivel nacional garantizando el intercambio prestacional en el sector salud | <p>La alternativa contribuye al cumplimiento de la Ley N°30885 que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), las RIS deben operar a través de una cartera de atención de salud en redes que atiende a las necesidades de la población, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales. Los demás establecimientos de salud públicos y los establecimientos de salud privados, en lo que corresponda, pueden conformar las Redes Integradas de Salud, mediante el intercambio prestacional u otros mecanismos de articulación, con ello busca la provisión de servicios de salud integrales a la población de su ámbito, mediante intervenciones de salud individual y salud pública, así como el abordaje de los determinantes sociales de la salud.</p> <p>Así mismo, se encuentra conforme con lo recomendado con la Asociación Americana de Salud Pública, que las redes fortalecen los sistemas de salud para la prevención de enfermedades crónicas, además de brindar servicios más integrados a las y los pacientes de atención crónica.</p> <p>Willis, C. D., Riley, B. L., Herbert, C. P., & Best, A. (2013). Networks to strengthen health systems for chronic disease prevention. American journal of public health, 103(11), e39–e48. doi:10.2105/AJPH.2013.301249</p> <p>También la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a las Redes Integradas de Servicios de Salud como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N° 04)</p> | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|--|---|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | Implementar el modelo de Cuidado Integral de Salud de la persona, familia y comunidad. | <p>La alternativa se encuentra acorde con la Organización Panamericana de la Salud, que considera a la salud como un proceso dinámico que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, así mismo considera la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, y las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida.</p> <p>En ese contexto, recomienda que la consecuente respuesta debe ser integral para su cuidado, en lo promocional, preventivo, reparador y de rehabilitación, lo individual de lo social, además de otros aspectos; los problemas de la salud tienen origen multicausal, enfatizando que la respuesta es de tipo social integral y de tipo multi-disciplinaria, transdisciplinaria, y, principalmente, de equipo.</p> <p>De acuerdo a los compromisos internacionales de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) se plantea la evolución del modelo de atención a un Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) que fortalezca los avances alcanzados por el MAIS-BFC mediante el rediseño de los procesos y procedimientos necesarios para lograr el acceso universal y la cobertura universal de las necesidades de salud de las personas, familias y poblaciones a las que pertenecen. Actualmente se aprobó el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la persona, familia y comunidad con R.M 030-2020-DGIESP/MINSA</p> | 4 | 4 | 4 | 5 | 17 | x |
| | Limitada posibilidad del uso a los bienes y servicios de salud integrales debido a barreras (geográficas, culturales, económicas, brechas de género) | Adecuar los servicios de salud con pertinencia cultural y humanizar los cuidados integrales de salud | <p>Interculturalidad en Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud - enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas.</p> <p>Los servicios públicos con pertinencia cultural son aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención.</p> <p><i>Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. 2015.</i></p> | 4 | 4 | 2 | 4 | 14 | |
| | | Disminución de las barreras de acceso y continuidad del uso de servicios de salud para las personas usuarias. | <p>La portabilidad es la garantía que se da a las personas para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, de manera independiente a la IAFAS a la cual el afiliado y/o su núcleo familiar pertenecen y del establecimiento o servicio donde habitualmente recibe los servicios de salud. Este derecho contribuye significativamente a la satisfacción del usuario y a generar incentivos para mejora de la calidad del servicio de parte de la RIS y/o IPRESS.</p> | 4 | 5 | 4 | 5 | 18 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|---|--|--|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | Acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios de salud | <p>Se define Gestión de la calidad como el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.</p> <p>Mejoramiento Continuo de la Calidad es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.</p> <p><i>Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"</i></p> <p>Una de las experiencias es Plan Cero Colas, el mismo que fue evaluado en la región ICA con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción de las personas usuarias de consultorios externos de cuatro hospitales públicos de la región Ica luego de la implementación del plan «Cero colas» se encuestó a 1067 usuarios, utilizando un instrumento que indagaba sobre las características generales, calificación del servicio y satisfacción global. Se encontró un nivel de satisfacción global «muy satisfecho/satisfecho» del 72,5% en el Hospital de Apoyo de Nazca, 70,6% en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 72,1% en el Hospital Regional de Ica y 73,7% en el Hospital San Juan de Dios de Pisco. Se concluye que la implementación del plan «Cero Colas» mejoró el nivel de satisfacción global, el buen trato, el cumplimiento del horario de atención médica y la claridad e información brindados por encima del estándar esperado.</p> <p><i>Becerra-Canales B, Condori-Becerra A. Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «Cero Colas» en Ica, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(4):658-63. doi: 10.17843/rpmesp.2019.364.4299.</i></p> | 4 | 5 | 4 | 4 | 17 | X |
| | Limitado acceso a una atención personalizada, debido a brechas en Recursos Humanos en Salud | Formulación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para distribución equitativa a nivel nacional, regional y local orientada a mejorar la densidad hacia estándares internacionales | <p>La OMS y la Joint Learning Initiative han propuesto utilizar la "Densidad de Recursos Humanos en Salud" conformada por la suma de médicos, enfermeras y obstetras.</p> <p>La densidad promedio de los recursos humanos por población se puede agrupar en países de alta, media y baja disponibilidad: aquéllos con una razón superior a 50 por 10 000, aquéllos con una razón de 25 a 50 y los que tienen una razón inferior a 25, respectivamente. En el Perú este indicador es 22,4 por cada 10 mil habitantes, es decir somos un país con una densidad baja de Recursos Humanos en Salud.</p> <p>A raíz de la solicitud de la Asamblea General, recogida en la resolución 70/183 (2015), para que se estudien las medidas necesarias para suplir el déficit mundial de trabajadores de la salud capacitados, el Secretario General de las Naciones Unidas puso en marcha la Comisión de Alto Nivel el 2 de marzo de 2016. Su tarea consistía en formular recomendaciones para estimular y guiar la creación de al menos 40 millones de nuevos empleos en los sectores social y sanitario, y reducir el déficit previsto de 18 millones de profesionales sanitarios, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos, de aquí a 2030</p> <p>La Comisión propone seis recomendaciones para la transformación del personal de salud en el ámbito mundial a fin de poder atender las necesidades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las recomendaciones se centran en las siguientes esferas: creación de empleo, igualdad de género y derechos de la mujer, educación, formación y competencias, organización y prestación de servicios de salud, tecnología, y entornos humanitarios y de crisis. Para que esta transformación sea posible se presentan otras cuatro recomendaciones, en los ámbitos del espacio financiero y fiscal, alianzas y cooperación, migración internacional, y datos, información y rendición de cuentas</p> | 4 | 5 | 4 | 4 | 17 | X |
| | | Fortalecimiento de las competencias profesionales y humanas de los recursos humanos en salud para | <p>Los recursos humanos son indispensables para hacer viables los sistemas de salud y promover la salud con equidad, eficiencia y calidad. De hecho, se constituyen en condición básica para el desarrollo efectivo de las políticas sanitarias.</p> <p>La Asamblea General alienta a los Estados Miembros de Naciones Unidas a que refuercen sus mecanismos institucionales para coordinar un programa intersectorial del personal sanitario y los insta a que tengan en cuenta las recomendaciones de la Comisión. La Asamblea General exhortó a los Estados Miembros a que aumenten las inversiones y promuevan el trabajo decente con una remuneración adecuada en los sectores de la salud y los servicios sociales, y a que garanticen unas</p> | 4 | 5 | 5 | 5 | 19 | X |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|--|---|---|--|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | responder a las necesidades y expectativas de la población | condiciones y un entorno de trabajo seguros, la retención efectiva, la distribución equitativa y amplia del personal sanitario, y el desarrollo de su capacidad a fin de aprovechar al máximo la fuerza de trabajo existente y contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal. | | | | | | |
| | | Diseño e implementación de un Sistema de Carrera sanitaria que articule mecanismos de evaluación del desempeño, capacitación y desarrollo y remuneraciones. | Decreto Legislativo N° 1153 y sus modificatorias, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, que tiene como finalidad que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado. Asimismo el cuarto pilar de la Política de Modernización de la Gestión Pública, el Servicio Civil Meritocrático tiene como propósito principal el servicio al ciudadano, orientado a la profesionalización de la función pública en todos los niveles, buscando atraer a personas calificadas y priorizando la meritocracia. | 4 | 4 | 3 | 4 | 15 | |
| Inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | Aumento de la exposición de la población a entornos no saludables e inseguros | Acciones periódicas tendientes a reducir la exposición de la población a entornos no saludables | La mejora de las condiciones de habitabilidad puede salvar vidas, prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida, reducir la pobreza, ayudar a mitigar el cambio climático y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidos los relativos a la salud (ODS 3) y las ciudades sostenibles (ODS 11). Las malas condiciones de habitabilidad pueden exponer a las personas a una serie de riesgos para la salud. La OMS ha elaborado unas Directrices sobre vivienda y salud para hacer frente a estos problemas. Basándose en las pruebas más recientes, las directrices ofrecen recomendaciones prácticas para reducir la carga de enfermedad debida a las condiciones habitacionales deficientes e inseguras. Las directrices abarcan consideraciones generales relativas a las políticas y recomiendan prácticas correctas para mejorar la salud de las personas. Organización Mundial de la Salud. (2018). Directrices de la OMS sobre vivienda y salud: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. La seguridad alimentaria se define por lo general como el acceso permanente de todas las personas a los alimentos que necesitan para una vida activa y saludable. La seguridad alimentaria en el hogar, significa a su vez, un acceso suficiente del grupo familiar a los alimentos, en cantidad y calidad adecuados, para satisfacer las necesidades alimentarias de todos sus miembros durante el año. La seguridad alimentaria del hogar en cada país, incluso si el país es seguro alimentariamente, depende en parte de cuánto avanza el país para lograr una mayor equidad en los ingresos, distribución de la tierra y acceso a los servicios. Es posible que las políticas nacionales no sólo ayuden a los agricultores a lograr una mayor producción de alimentos, sino también pueden ayudar a que la población satisfaga sus demandas alimentarias. Aunque la seguridad alimentaria de la familia está sobre todo influida por las acciones a nivel del hogar, los factores y acciones en el ámbito local, nacional e internacional también tienen sus efectos. Para mejorar la seguridad alimentaria en el hogar, se deben promover varios métodos para aumentar la producción agrícola sostenible de alimentos (u otros métodos de adquisición de alimentos). Además, es necesario garantizar una buena cosecha y almacenamiento de los alimentos con las mínimas pérdidas posibles; un sistema efectivo y eficiente de mercadeo; y un buen sistema de proceso y preparación de los alimentos. | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|-----------------|-------------------------|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | | <p>Cualquier acción que realicen los gobiernos para mejorar los ingresos y reducir la pobreza, puede influir en la seguridad alimentaria; por ejemplo, aumentar la producción agrícola, especialmente por parte de familias rurales pobres; o garantizar precios justos para los productores y los consumidores; y hacer que los servicios sean accesibles a las personas. http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s13.htm#:~:text=Para%20lograr%20la%20seguridad%20alimentaria,suministro%20suficiente%20de%20alimentos%3B&text=acceso%20f%C3%ADsico%20y%20econ%C3%B3mico%20a,cada%20uno%20de%20sus%20miembros.</p> <p>Una de las funciones primordiales de un gobierno es proteger la salud de las personas de su país, lo cual está estrechamente relacionado con el logro de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular los ODS 2 y 3. Al mismo tiempo, el control alimentario es esencial para garantizar prácticas justas en el comercio de alimentos con vistas a potenciar las oportunidades económicas de todas las partes interesadas a lo largo de la cadena alimentaria.</p> <p>En una época de tecnologías alimentarias que cambian con rapidez y un comercio alimentario mundial que crece cada vez más, el control de los peligros derivados de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria ha pasado a desempeñar un papel esencial. Para poder afrontar los nuevos desafíos complejos del siglo XXI, los sistemas de control alimentario deben actualizarse con los últimos avances, funcionar sobre la base del concepto de análisis de riesgos y estar armonizados con las normas internacionales y mejores prácticas elaboradas por el Codex Alimentarius. Para funcionar eficazmente, los sistemas nacionales de control alimentario deben erigirse sobre la base de instrumentos jurídicos y políticos adecuados, recursos humanos altamente cualificados y marcos institucionales sólidos, así como contar con activos financieros, equipo e infraestructuras, incluido el acceso a laboratorios.</p> <p>Las autoridades de reglamentación designadas en el marco de los sistemas nacionales de control alimentario ayudan a garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos a lo largo de la cadena alimentaria y abordar los peligros que amenazan la inocuidad de los alimentos, así como las cuestiones relacionadas con el fraude, los riesgos incipientes y las emergencias. Esta labor comprende la supervisión e inspección de los operadores de empresas de alimentos, los procesos de recopilación de información que contribuyen a una mejor comprensión de la cadena alimentaria y los programas centrados en la preparación ante emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y la gestión de estas. La existencia de vínculos adecuados con los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos es fundamental para garantizar un enfoque que abarque toda la cadena, incluido el consumidor. http://www.fao.org/food-safety/food-control-systems/es/</p> | | | | | | |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|-----------------|--|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | Acciones estratégicas periódicas tendientes a reducir la exposición de la población a entornos inseguros | <p>Como experiencia se tiene la estrategia de Barrios Seguros, el cual Promueve el trabajo articulado con la Policía, la participación ciudadana y la coordinación intersectorial e intergubernamental para prevenir la delincuencia y criminalidad en forma efectiva en los barrios de mayor vulnerabilidad. Objetivos estratégicos: i) reducir los índices de robos, homicidios y violencia doméstica; ii) incrementar la confianza de la población en la Policía, iii) fortalecer los gobiernos locales, comisarías y sociedad civil en el abordaje de la seguridad ciudadana y iv) disminuir factores de riesgo del crimen y la violencia. Aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2017-IN,</p> <p>En Chile se implementaron experiencias similares: Programa Comuna Segura Compromiso 100, Programa Barrio Seguro, Programa Barrio en Paz, al ser evaluados se obtiene que la focalización de los recursos disponibles para control y prevención del delito en puntos calientes, donde se concentran hechos criminales o en lugares donde existen factores sociales que pueden incentivar el desarrollo de carreras criminales, encuentra sustento en la literatura.</p> <p>Desde la perspectiva de la prevención, una atención preferente a barrios donde parece existir bajo apego a la legalidad y donde se acumulan factores de vulnerabilidad social, o de donde provienen infractores de la ley está plenamente justificada. De hecho, tanto Comuna Segura como Barrio en Paz Residencial han concentrado recursos técnicos y financieros en crear o fortalecer la oferta programática en ese sentido. La experiencia de diez años ha conducido a la formación de recursos humanos en el área de prevención, a un diseño cada vez más acotado de los programas y a una mejor precisión de sus objetivos. En el caso de Comuna Segura, se pasó de la transferencia de recursos vía fondos concursables que trajo consigo dispersión de proyectos y escaso impacto de los mismos, a la entrega de recursos mediante los llamados Fondos de Ayuda a la Gestión Municipal que debían aplicarse en función de Planes Comunales de Seguridad.</p> | 5 | 5 | 4 | 5 | 19 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|-----------------|---|--|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | Adopción de comportamientos de seguridad vial, fortalecimiento de los mecanismos de control y el desarrollo de procedimientos sancionadores inmediatos | <p>El modelo epidemiológico de William Haddon para prevenir lesiones causadas por los siniestros viales dio pie a la formulación de tres estrategias de seguridad vial: Seguridad Vial Primaria o Activa (previa al accidente - Prevención), Seguridad Vial Secundaria o Pasiva (durante el accidente - Protección) y Seguridad Vial Terciaria (posterior al accidente - Asistencia)</p> <p>Las intervenciones de carácter preventivo en la vía tienen como finalidad evitar la producción de siniestros viales y disminuir su frecuencia. Las Auditorías y las Inspecciones de Seguridad Vial son medidas de carácter preventivo que ponen en práctica medidas correctivas antes que sucedan los siniestros viales</p> <p><i>COMISIÓN EUROPEA. Mejores prácticas de seguridad vial. Manual de medidas a escala nacional. Bruselas, 2007</i></p> <p>Las Auditorías de Seguridad Vial se definen como la utilización de métodos sistemáticos con fines eminentemente preventivos, que permiten verificar el cumplimiento de todos los aspectos involucrados con la seguridad de las vías: su entorno y el comportamiento. Las inspecciones de Seguridad Vial Consisten en un proceso sistemático de revisión in situ de una carretera o tramo de ella, con el fin de identificar aspectos peligrosos, deficiencias o carencias de la carretera que potencialmente pueden producir siniestros viales.</p> <p>La relación hombre-vehículo da lugar a que se consideren en la máquina su estado, características y ergonomía, así como el uso de las mejores y más avanzadas tecnologías de seguridad activa y pasiva en su fabricación para reducir en lo posible los riesgos de lesiones por deficiencias en el diseño y el mantenimiento de los vehículos. Seguridad Activa se refiere al conjunto de mecanismos o dispositivos del vehículo automotor destinados a proporcionar una mayor eficacia en la estabilidad y control del vehículo en marcha para disminuir el riesgo de que se produzca un accidente de tránsito y Seguridad Pasiva conformada por aquellos elementos que actúan en el momento del accidente, minimizando las consecuencias del mismo disminuyendo los daños materiales y personales.</p> <p>El ser humano es el protagonista de la movilidad y como tal tiene derecho a que su vida sea protegida y a que sus desplazamientos sean seguros y accesibles en atención a sus diversas necesidades. El comportamiento de las personas usuarias de las vías requiere observancia permanente o fortalecimiento de la normatividad paralelamente con campañas de formación, educación o de sensibilización pública, para aumentar su participación responsable frente a las vías y vehículos</p> | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 | x |
| | | Planes periódicos a desarrollar por entidades públicas y privadas para promover salud en el trabajo y la prevención de enfermedades en el ámbito laboral. | <p>La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es un derecho fundamental de todos los trabajadores y tiene como objetivo, prevenir los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales. Para eso, las entidades públicas deberán propiciar el mejoramiento de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo a fin de prevenir daños en la integridad física y mental de los trabajadores que sean consecuencia, guarden relación o sobrevengan durante el trabajo.</p> <p>En el Perú, la Seguridad y Salud en el Trabajo está normada por la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo; su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo N° 005-2012-TR, y sus respectivas modificatorias. Dicha Ley es aplicable a todos los sectores económicos y de servicios, comprende a todos los empleadores y los trabajadores bajo el régimen laboral de la actividad privada en todo el territorio nacional, trabajadores y funcionarios del sector público, trabajadores de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, y trabajadores por cuenta propia.</p> | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | x |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|---|--|--|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | | Planes anuales puestos en marcha por los Gobiernos Subnacionales para incrementar el acceso de la población a agua segura, saneamiento, y otros servicios públicos | Esta alternativa va orientada en uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fijados por las Naciones Unidas se encuentra el garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos. Los dos principales indicadores de este ODS son: 1) lograr el acceso universal y equitativo al agua para consumo a un precio asequible para todos; y 2) en lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad (OMS-UNICEF, 2018) Enfoque estratégico de la OMS que contribuye a los esfuerzos mundiales desplegados para alcanzar las metas proyectadas en materia de agua y saneamiento abarca una variedad de intervenciones, desde actividades de promoción y fomento en todos los niveles hasta actividades nacionales dirigidas a los pobres y subatendidos, basadas en un conjunto fuerte y autorizado de normas e instrumentos relacionados con prácticas óptimas. Intervenciones más integrales que incluyan mejora de la calidad y abastecimiento de agua, entrega de saneamiento adecuado y promoción de lavado de manos con jabón, tuvieron efectos significativos en mejorar los puntajes Z talla para edad. | 5 | 5 | 4 | 5 | 19 | x |
| | Limitado acceso de la población a agua segura, saneamiento, y otros servicios públicos. | Mejorar la Infraestructura de los servicios de agua y saneamiento | Un primer elemento que contribuye al limitado acceso de los hogares rurales a los servicios de agua y saneamiento es la existencia de infraestructura no adecuada, obsoleta o deteriorada en los sistemas de agua y saneamiento. Según el estudio de Línea de Base de Indicadores Sociales y de Gestión de Servicios de Agua y Saneamiento (año 2011), se tiene que en el ámbito rural, sólo el 2% del total de la infraestructura operativa se encuentra en buen estado, lo que evidencia que, en general, las comunidades cuentan con malos sistemas de agua potable. Considerando que la infraestructura es el medio necesario para reducir las brechas de acceso a servicios de agua y saneamiento, la calidad de ésta es la base necesaria para generar condiciones de sostenibilidad. Según la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento, las Empresas Prestadoras de servicios de Saneamiento (EPS), encargadas de brindar agua a la población de su ámbito de acción, tienen obligaciones específicas en cuanto a la calidad de este elemento. Según la Ley General de Servicios de Saneamiento (Ley 26338), las EPS deben garantizar la calidad y continuidad de los servicios que prestan a la comunidad. La Resolución de Superintendencia 190-97- SUNASS, establece la infraestructura y equipos que las EPS deben tener y los procesos a realizar para efectuar la desinfección efectiva y eficientemente del agua destinada al consumo humano. Así mismo, la Resolución de Superintendencia 1121-99- SUNASS, "Control de Calidad del Agua", indica la obligatoriedad de las EPS de efectuar permanentemente las pruebas para el control de calidad del agua —bacteriológico, físico y químico— en forma adicional al control de cloro residual. Para el cumplimiento de esta directiva, la SUNASS estableció los parámetros de control y frecuencia respectiva, tanto en la red de distribución como a la salida de plantas, reservorios y fuentes subterráneas. Los límites máximos permisibles de los parámetros de calidad del agua potable, que todas las EPS tienen la obligación de cumplir. Esta alternativa está referido a los proyectos de inversión pública mediante los cuales se brindará acceso a los hogares el servicio de agua y saneamiento. Consiste en solo la mejora de la infraestructura mas no aborda el tema de calidad. | 5 | 4 | 3 | 4 | 16 | |

| CAUSA DIRECTA | CAUSA INDIRECTA | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | SUSTENTO | VIABILIDAD | | | EFECTIVIDAD | TOTAL | Seleccionada |
|---------------|---|---|---|------------|-----|-----|-------------|-------|--------------|
| | | | | POL | SOC | ADM | | | |
| | Incremento de la vulnerabilidad ante la contaminación ambiental, cambio climático y desastres | Programas que deben ser ejecutados por los Gobiernos Subnacionales para reducir la vulnerabilidad ante la contaminación ambiental, cambio climático y desastres | <p>La alternativa se encuentra acorde con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) , que para minimizar los riesgos para la salud promueve la implementación de los planes de seguridad del agua con un enfoque en salud, mediante el control de los procesos en los puntos críticos del sistema de abastecimiento de agua, que involucra la protección de las fuentes, el control de procesos en la planta y la vigilancia de la calidad en la red de distribución, por parte de las instituciones que abastecen de agua a las poblaciones, en coordinación de los actores sociales que tienen responsabilidad por la gestión adecuada de la calidad del agua para consumo humano, a fin de garantizar su inocuidad y cumplir con la legislación vigente. Para tal propósito, en el 2014 el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS) OPS/OMS propuso implementar la "Estrategia para abordar la solución del problema de minimización de los riesgos para la salud por el consumo de agua con metales pesados (Hg, Pb, Cd) y arsénico (As)", cuyos objetivos estratégicos son: (1) Implementar una gestión de riesgos asociados a la presencia de metales pesados en fuentes de agua de consumo humano que permita minimización de los riesgos para la salud por el consumo de agua con metales pesados (Hg, Pb, Cd) y arsénico, enfocado en la protección y cuidado de las fuentes de captación de agua de consumo humano; (2) Minimizar los riesgos para la salud por metales pesados en el agua de consumo humano, enfocado a la aplicación de los PCC* y PAS a la remoción de metales pesados y arsénico del agua de consumo humano; (3) Vigilar y monitorear el cumplimiento de los PSA/PCC y los estándares de calidad del agua de consumo humano, y (4) Establecer un plan para la vigilancia epidemiológica e investigación en relación con la exposición a metales pesados y salud. Extraído de https://www.paho.org/blogs/etras/wp-content/uploads/2017/03/EstratMP.pdf</p> <p>En cuanto al cambio climático, la alternativa de solución se sustenta en los Informes de Evaluación del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático (IPCC, siglas en inglés) organismo creado en 1988 por la Organización Meteorológica Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, publicados en 1990, 1995, 2001 y 2007, a través de los cuales se han realizado evaluaciones periódicas del conocimiento sobre el cambio climático y sus consecuencias, y estos informes cuentan con el máximo reconocimiento mundial. Respecto del cambio climático, se señala que "la adaptación y la mitigación son estrategias complementarias para reducir y manejar los riesgos del cambio climático", y que "la eficacia de la adaptación se puede mejorar mediante medidas complementarias a todos los niveles, inclusión hecha de la cooperación internacional. Los datos sugieren que los resultados que se consideran equitativos pueden desencadenar una cooperación más eficaz"; por lo que enfatiza que es necesario desarrollar políticas y cooperación en todas las escalas; y para fortalecerla, se requieren respuestas integradas que vinculen la adaptación y la mitigación con otros objetivos sociales. Asimismo, señala que la experiencia de adaptación se va acumulando en diversas regiones en los sectores público y privado y dentro de las comunidades. Cada vez es mayor el reconocimiento del valor de las medidas sociales (en particular, locales y autóctonas), institucionales y basadas en el ecosistema, y la amplitud de las limitaciones de adaptación. Extraído de https://archive.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/syr/AR5_SYR_FINAL_SPM_es.pdf</p> <p>Asimismo, es concordante con la implementación del Plan Multisectorial ante heladas y friaje 2019-2021, del Despacho Viceministerial de Gobernanza Territorial que establece un conjunto de intervenciones multisectoriales en los tres niveles de gobierno, con la participación de la ciudadanía, para diseñar e implementar medidas sostenibles de prevención y reducción del riesgo, que aceleren el logro de resultados hacia la protección sostenible de la población más vulnerable; así como de actividades de preparación que permitan mitigar el impacto de las bajas temperaturas y mejorar las capacidades de respuesta de los actores locales en caso de una emergencia por helada, friaje y nevada. Extraído de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/289512/Plan_Multisectorial_ante_Heladas_y_Friaje_2019_-_2021.pdf.</p> | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 | x |

Anexo N° 07
Proceso de Implementación de las Redes Integradas de Salud – RIS

Para el proceso de implementación de Redes Integradas de Salud (RIS) se requiere conocer información sobre las brechas existentes, etapas y metas para el Plan Nacional de Implementación de las RIS.

A) Brecha de Equipos Multidisciplinarios en las 63 RIS Estructuradas

Desde el año 2018, se han realizado acciones de asistencia técnica a las regiones para la estructuración de RIS. A marzo del 2020, se han estructurado 63 RIS a nivel nacional. En Lima Metropolitana, se ha estructurado 26 RIS, correspondiente al 100% del territorio de las DIRIS. En 19 ASR se ha iniciado la estructuración de RIS. Sin embargo, existen 6 Diresas¹⁹¹ donde ninguna RIS ha sido estructurada. Cada Gobierno Regional tiene diferente nivel de avance en relación con este proceso. De los 19 Gobiernos Regionales con RIS Estructuradas, 04 de ellos han estructurado la totalidad de su territorio: Ucayali, Madre de Dios, Tacna y Tumbes; y 06 han estructurado RIS en más de un ámbito, Ucayali, La Libertad, Piura, Ayacucho, Cusco y Arequipa.

Durante el proceso de Estructuración de las señaladas RIS, se identificó de forma indirecta que existe una brecha de 719 Equipos Multidisciplinarios de Salud en las 63 RIS Estructuradas. El detalle se encuentra en la tabla N° 01.

Tabla N° 01
Brecha de Equipos Multidisciplinarios de Salud - EMS por RIS

| N° | RIS | TOTAL SECTORES SANITARIOS | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD | BRECHA |
|----|-------------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------|
| 1 | INDEPENDENCIA | 32 | 24 | -8 |
| 2 | COMAS | 78 | 78 | 0 |
| 3 | CARABAYLLO | 35 | 32 | -3 |
| 4 | PP-ANCON-SR | 83 | 78 | -5 |
| 5 | RÍMAC | 37 | 30 | -7 |
| 6 | SMP | 109 | 28 | -81 |
| 7 | LOS OLIVOS | 52 | 30 | -22 |
| 8 | CHACLACAYO | 32 | 36 | 4 |
| 9 | JICAMARCA | 24 | 15 | -9 |
| 10 | ATE | 46 | 31 | -15 |
| 11 | EL AGUSTINO - SANTA ANITA | 71 | 55 | -16 |
| 12 | HUAYCÁN | 57 | 20 | -37 |
| 13 | LA MOLINA - CIENEGUILLA | 34 | 19 | -15 |
| 14 | VILLA MARÍA DEL TRIUNFO | 64 | 77 | 13 |
| 15 | PACHACAMAC | 26 | 23 | -3 |
| 16 | BARRANCO - CHORRILLOS - SURCO | 126 | 79 | -47 |
| 17 | SAN JUAN DE MIRAFLORES | 49 | 62 | 13 |
| 18 | VILLA EL SALVADOR | 64 | 52 | -12 |

¹⁹¹ Diresas que no han definido ámbito priorizado para RIS en su jurisdicción

| N° | RIS | TOTAL SECTORES SANITARIOS | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD | BRECHA |
|----|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------|
| 19 | LURÍN BALNEARIOS | 25 | 24 | -1 |
| 20 | CERCADO | 43 | 27 | -16 |
| 21 | SAN MIGUEL - MAGDALENA - JM | 66 | 17 | -49 |
| 22 | LINCE - SAN ISIDRO - MIRAF - SURQ | 73 | 18 | -55 |
| 23 | LA VICTORIA - SAN LUIS - SAN BORJA | 48 | 24 | -24 |
| 24 | SJL 7 | 47 | 38 | -9 |
| 25 | SJL 6 | 53 | 27 | -26 |
| 26 | SJL 5 | 58 | 28 | -30 |
| 27 | TRUJILLO 1 | 49 | 20 | -29 |
| 28 | TRUJILLO 2 | 50 | 21 | -29 |
| 29 | TRUJILLO 3 | 69 | 40 | -29 |
| 30 | MORROPÓN | 38 | 41 | 3 |
| 31 | ILO | 16 | 29 | 13 |
| 32 | CANGALLO | 11 | 13 | 2 |
| 33 | AYABACA | 26 | 12 | -14 |
| 34 | 26 DE OCTUBRE | 58 | 64 | 6 |
| 35 | CASTILLA | 32 | 36 | 4 |
| 36 | PROV SAN MARTÍN | 43 | 30 | -13 |
| 37 | HUANCABAMBA | 44 | 44 | 0 |
| 38 | HUAMANGA 2 | 31 | 10 | -21 |
| 39 | HUAMANGA 1 | 48 | 44 | -4 |
| 40 | ANTABAMBA - AYMARAES | 35 | 24 | -11 |
| 41 | MESETA - PASCO | 18 | 17 | -1 |
| 42 | MADRE DE DIOS | 52 | 52 | 0 |
| 43 | CHURCAMP | 16 | 18 | 2 |
| 44 | CHUMBIVILCAS | 30 | 21 | -9 |
| 45 | ALTO AMAZONAS | 26 | 20 | -6 |
| 46 | HUARAL | 60 | 38 | -22 |
| 47 | TUMBES | 60 | 69 | 9 |
| 48 | TARMA | 31 | 12 | -19 |
| 49 | ESPINAR | 18 | 20 | 2 |
| 50 | TACNA | 87 | 133 | 46 |
| 51 | CARAVELÍ | 22 | 18 | -4 |
| 52 | CAMANÁ | 27 | 20 | -7 |
| 53 | FEDERICO BASADRE | 48 | 42 | -6 |
| 54 | CORONEL PORTILLO | 56 | 50 | -6 |

| N° | RIS | TOTAL SECTORES SANITARIOS | EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD | BRECHA |
|----|--------------------|---------------------------|------------------------------------|--------|
| 55 | ATALAYA | 20 | 14 | -6 |
| 56 | AGUAYTIA | 18 | 26 | 8 |
| 57 | VENTANILLA | 71 | 63 | -8 |
| 58 | ASCOPE | 33 | 24 | -9 |
| 59 | CHEPEN - PACASMAYO | 47 | 21 | -26 |
| 60 | VIRU | 30 | 18 | -12 |
| 61 | GRAN CHIMU | 15 | 12 | -3 |
| 62 | CHICLAYO | 71 | 39 | -32 |
| 63 | AYACUCHO PROV | 35 | 7 | -28 |
| | TOTAL | 2873 | 2154 | -719 |

B) Brecha de Equipos AISPED en las 63 RIS Estructuradas

Asimismo, durante el proceso de Estructuración de las 63 RIS disponibles a la fecha, se estableció la necesidad de contar con 25 Equipos AISPED para brindar atención de salud a 4164 familias, siendo relevante porque no actualmente ningún Equipo AISPED está activo. En la tabla N ° 02 se presenta la información desagregada por RIS.

Tabla N° 02
Brecha de Equipos AISPED por RIS

| N° | RIS | N° EQUIPOS AISPED | N° FAMILIAS | N° POBLACIÓN |
|----|------------------------------|-------------------|-------------|--------------|
| 1 | ANTABAMBA AYMARAES | 2 | 117 | 799 |
| 2 | AYACUCHO_4 | 1 | 28 | 113 |
| 3 | CHUMBIVILCAS | 9 | 621 | 2491 |
| 4 | ALTO AMAZONAS | 4 | 1701 | 6859 |
| 5 | MADRE DE DIOS | 1 | 75 | 301 |
| 6 | MESETA - PAUCARTAMBO | 1 | 21 | 87 |
| 7 | SAN MARTIN | 2 | 530 | 2120 |
| 8 | UCAYALI 2 - CORONEL PORTILLO | 5 | 1071 | 4299 |
| | TOTAL | 25 | 4164 | 17069 |

1. Etapas, Hoja de Ruta y Metas para el Plan Nacional de Implementación de las RIS

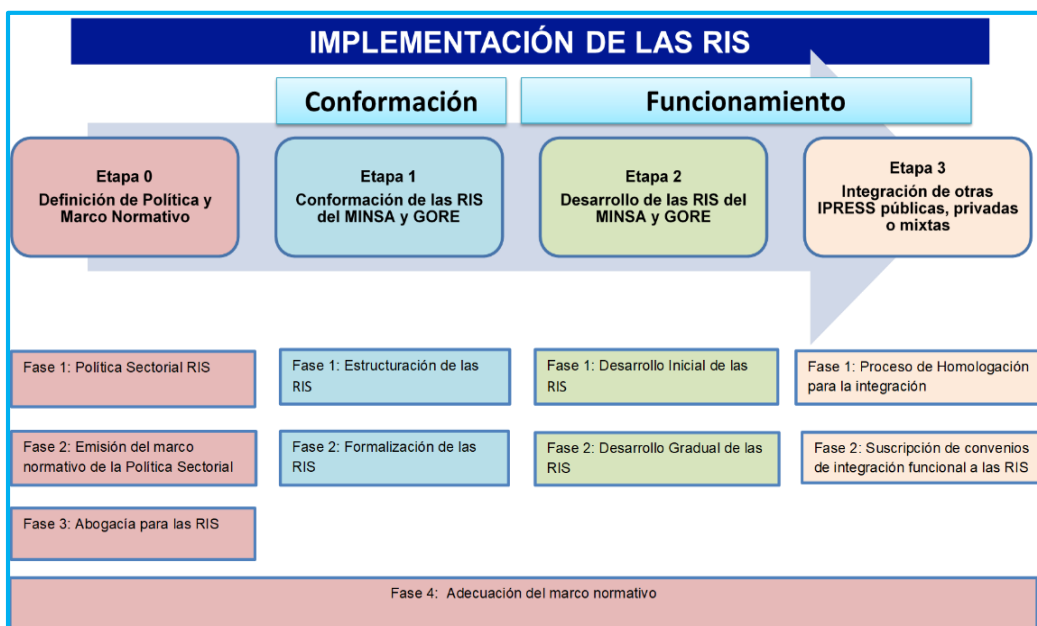
A) Etapas del Proceso de implementación de las RIS

El proceso de implementación de las RIS se caracteriza por ser progresivo, planificado, sistemático y sostenible¹⁹², de esta manera el proceso se ha diseñado en tres Etapas, según siguiente detalle:

- Etapa 0: Definición de Política y Marco Normativo.
- Etapa 1: Conformación de las RIS del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.
- Etapa 2: Desarrollo de las RIS del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.
- Etapa 3: Integración de otras IPRESS públicas, privadas o mixtas.

Las Etapas se despliegan en fases según el siguiente gráfico:

Gráfico N° 03: Etapas y Fases del proceso de implementación de las RIS



Fuente: Elaboración por Equipo Técnico de DIPOS-DGAIN -MINSA

Es preciso señalar que, la sucesión de las Etapas no es siempre una a continuación de otra. Respecto a la Etapa 0, en el marco de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las RIS, 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.

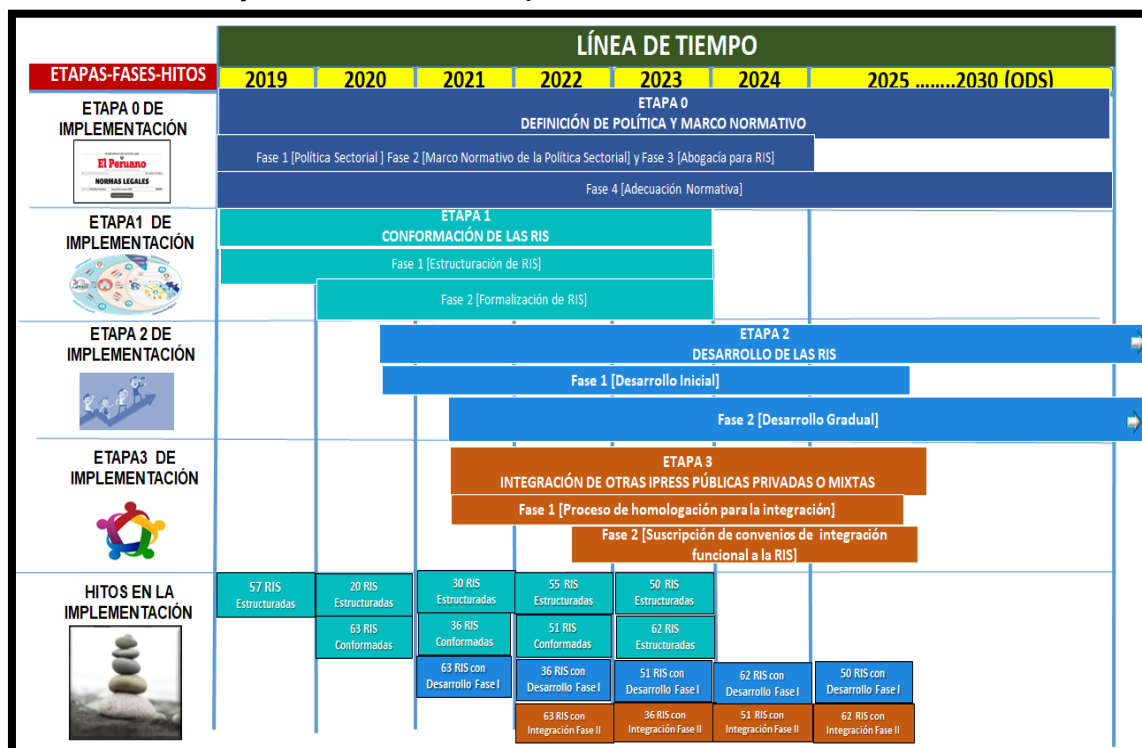
B) Hoja de Ruta del Plan Nacional de Implementación de la RIS

El proceso de implementación de las RIS a nivel nacional se esquematiza en una Hoja de Ruta, en la que se despliega las etapas y fases por etapas en una línea de tiempo del 2019 al 2030, que abarca el horizonte temporal del presente Plan.

A continuación, se presenta la precitada Hoja de Ruta del Proceso de Implementación de las RIS a nivel nacional.

¹⁹² 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).

Gráfica N° 04
Hoja de Ruta del Plan de Implementación de las RIS 2019-2030



Elaboración propia Grupo RIS de DIPOS-DGAIN-MINSA

C) Metas del Plan Nacional de Implementación de la RIS

De acuerdo con las actividades planificadas en el periodo del año 2019 al 2025 para la implementación de las Redes Integradas de Salud a nivel país, se han establecido metas por cada uno de los indicadores, considerándose cuatro: a) RIS Estructurada, b) RIS Conformada, c) RIS con Desarrollo Fase I, y d) RIS con Desarrollo Fase II. A continuación, se muestra el consolidado de las metas por año para cada indicador.

Tabla N° 03: Metas de la implementación de las RIS

| INDICADOR | AÑOS | | | | | | | TOTAL |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | |
| RIS Estructurada | 57 | 20 | 30 | 96 | 9 | 0 | 0 | 212 |
| RIS Conformada | 0 | 63 | 36 | 80 | 33 | 0 | 0 | 212 |
| RIS con Desarrollo Fase I | 0 | 0 | 63 | 36 | 80 | 33 | 0 | 212 |
| RIS con Desarrollo Fase II | 0 | 0 | 0 | 63 | 36 | 80 | 33 | 212 |

Fuente: Elaboración Equipo Core RIS

Anexo N° 08
Fichas técnicas de indicadores

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| Objetivo prioritario: | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población. | | |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de personas de 15 y más años que consumen al menos 5 porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día. | | |
| Justificación: | <p>La baja ingesta de frutas y verduras contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes u obesidad, es por ello, que la OMS recomienda consumir más de 400 gramos de frutas y verduras al día (05 porciones) para mejorar la salud en general y reducir el riesgo de determinadas enfermedades no transmisibles. La recomendación estándar, es consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales.</p> <p>Consumo de verduras y vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (hojas, tallos y en ocasiones raíces) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre.</p> | | |
| Responsable del Indicador: | Ministerio de Salud | | |
| Limitaciones del Indicador: | El indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida. | | |
| Método de cálculo: | <p>Numerador: Número de personas de 15 años a más que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras diarias. Multiplicado por 100.</p> <p>Se considera que una persona consume al menos 5 porciones de frutas y/o verduras si cumple la siguiente condición:</p> $\frac{1}{7} \sum (QS214C * QS213 + QS220C * QS219) \geq 5$ <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona no comió porciones de fruta (QS213="NO COMIÓ") se reemplaza en QS213=0 y QS214C=0. • Si la persona comió 5 o más porciones de fruta se reemplaza QS214C=5. • Si la persona no comió porciones de verdura (QS219="NO COMIÓ") se reemplaza QS219=0 y QS220=0. • Si la persona comió cucharadas de verduras se reemplaza QS220C=QS220CC/4. <p>Denominador: Número de personas de 15 años a más.</p> | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | Sentido esperado del indicador | Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 20% |
| Valor | 11% | 11.3 | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| Objetivo prioritario: | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población. | | |
| Nombre del Indicador: | Edad promedio de inicio de consumo de alcohol de alguna bebida alcohólica | | |
| Justificación: | El consumo bebidas alcohólicas es otro de los principales factores de riesgo para la salud de la población y tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las de la salud materno infantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis, virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. | | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|----------------------|--|--|
| | | En el Perú, una gran proporción de personas inicia tempranamente el consumo de bebidas alcohólicas. Resulta importante determinar el momento de inicio de patrones de ingesta de no solo un sorbo, sino de una mayor cantidad de alcohol, como un vaso o copa. | |
| Responsable del Indicador: | | Ministerio de Salud | |
| Limitaciones del Indicador: | | El indicador solo mide la edad promedio de inicio en mayores de 15 años, no se incluye a edades inferiores. | |
| Método de cálculo: | | Promedio de edad del primer consumo de alguna bebida alcohólica en población de 15 años a más. | |
| Parámetro de medición: | | Promedio | Sentido esperado del indicador Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 21 años |
| Valor | 18.7 | 18,9 | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|----------------------|--|--|
| Objetivo prioritario: | | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población. | |
| Nombre del Indicador: | | Proporción de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva. | |
| Justificación: | | Es el porcentaje de niños y niñas 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: | | Ministerio de Salud | |
| Limitaciones del Indicador: | | Promoción indiscriminada, por las compañías fabricantes y comercializadoras, de las fórmulas lácteas en los Establecimientos de Salud, tanto públicos como privados. No se ha logrado el funcionamiento de los comités de lactancia materna en todo los EESS que atienden partos. Dificultades para la implementación de medidas correctivas y de sanción a EESS y personal de salud que infringe la normatividad (debido a que los artículos del RAI son declarativos y no punitivos) | |
| Método de cálculo: | | Numerador= Niños y niñas menores de 6 meses cuya única fuente de alimentación es la leche materna Denominador = Total de niños y niñas menores de 6 meses. Fracción multiplicada por 100 | |
| Parámetro de medición: | | Porcentaje | Sentido esperado del indicador Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 90% |
| Valor | 66.4% | 65.7% | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| Objetivo prioritario: | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población. | | |
| Nombre del Indicador: | Cobertura de hogares con prácticas adecuadas en el lavado de manos en el ámbito rural | | |
| Justificación: | <p>El lavado de manos en momentos claves, sirve para la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos de la piel, para evitar la propagación de enfermedades diarreicas y respiratorias, por ello promover prácticas adecuadas de lavado de manos usando como medio los servicios de agua instalados, forman la serie de elementos necesarios para mejorar las condiciones de salud de la población.</p> <p>Si el lavado de manos se hace hábito en la población rural, se aportaría de manera importante a mejorar los estándares de salud en la población rural, se constituye en una de las mejores maneras de evitar enfermedades y prevenir la transmisión a otras personas, porque no tiene costo, es fácil y rápido</p> | | |
| Responsable del Indicador: | Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento (PNSR) | | |
| Limitaciones del Indicador: | 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. | | |
| Método de cálculo: | <p>Cociente entre el número de hogares que realizan adecuadas prácticas de lavado de manos y el número total de hogares del ámbito rural, multiplicado por cien:</p> $PAH = \frac{HPAH}{TH} * 100$ <p>HPAH: Número de hogares que realizan adecuadas prácticas de lavado de manos TH: Total de hogares del ámbito rural.</p> | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | Sentido esperado del indicador | Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – ENAPRES | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 20% |
| Valor | 4.7% | 5.2% | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| Objetivo prioritario: | OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | | |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de personas satisfechas con la atención en consulta externa | | |
| Justificación: | <p>El Ministerio de Salud del Perú define la calidad de la atención, como el conjunto de características técnicas, científicas, humanas y materiales que debe tener la atención a las personas usuarias para satisfacer sus expectativas. Para ello en los documentos técnicos “Manual de Estándares e Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención y Hospitales” y “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, ha establecido los criterios mínimos de desempeño que permiten garantizar la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud del país. El usuario de los servicios del establecimiento de salud espera que la atención sea fiable, competente, cortés, honesta, creíble, segura, con resultados adecuados a los tratamientos, oportuna, con calidad; y su satisfacción será el grado de concordancia entre sus expectativas del servicio y la atención recibida.</p> <p>Este indicador permite conocer la percepción del nivel de satisfacción del usuario respecto al servicio de salud recibido e identifica problemas o dificultades para la atención de salud.</p> | | |
| Responsable del Indicador: | Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) - MINSA | | |
| Limitaciones del Indicador: | <p>El indicador se basa en el proceso de recordación de las personas usuarias en la consulta externa de los establecimientos de salud al momento de responder la encuesta.</p> <p>La encuesta recaba información de usuarios del servicio de consulta externa, de 15 a más años de edad, que acuden al establecimiento de salud para recibir atención de salud.</p> | | |
| Método de cálculo: | <p>El nivel de satisfacción de las personas usuarias que asisten a atenderse en algún servicio de consulta externa que brindan los establecimientos de salud, ponderado por los atributos.</p> <p>Numerador: N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional.</p> <p>Denominador: N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional.</p> | | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|-----------------------------|--|--|--------------------------|
| | | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional}}$ | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | Sentido esperado del indicador | Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2015 | N.D. | 90% |
| Valor | 73.7% | N.D. | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|
| Objetivo prioritario: | OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | | |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención de salud | | |
| Justificación: | <p>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.</p> <p>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.</p> | | |
| Responsable del Indicador: | Ministerio de Salud | | |
| Limitaciones 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: | <p>Numerador: Total de personas que reportan algún problema de salud crónico que buscaron y accedieron a la atención de salud</p> <p>Denominador: Total de personas que reportan padecen alguna enfermedad crónica que buscaron atención de salud.</p> <p>El cociente multiplicado por cien.</p> | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | Sentido esperado del indicador | Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Nacional de Hogares | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 85% |
| Valor | 40.8% | 45.1 % | |

| Ficha técnica del indicador | |
|-----------------------------|--|
| Objetivo prioritario: | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de mujeres víctimas de violencia física, sexual y/o psicológica en relaciones de pareja, los últimos 12 meses |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| Justificación: | <p>La violencia en el Perú es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas, sin embargo, es un problema que generalmente se calla y se oculta principalmente por la propia víctima.</p> <p>La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado. Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y niñas/os.</p> <p>En ese sentido, el indicador permitirá conocer las características de este problema contra las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad), lo que permite contar con datos nacionales sobre la prevalencia de la violencia en el Perú. Las estadísticas de violencia contra la mujer y el maltrato a niñas y niños dan cuenta de la importancia del problema y de la necesidad del mejoramiento de las políticas sociales de promoción y protección de la mujer y de la familia.</p> | | |
| Responsable del Indicador: | Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables | | |
| Limitaciones del Indicador: | <p>1. El indicador proxy propuesto sólo mide la violencia de género ejercida por el esposo o compañero en los últimos 12 meses; no obstante, estos no son los únicos actores que ejercen violencia de género contra las mujeres. La violencia de género tiene como principal característica que su ejercicio se realiza por el simple hecho de ser mujer.</p> <p>2. El indicador proxy propuesto sólo mide la violencia de género ejercida por el esposo o compañero de las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad), dejando de lado el grupo etario mayores de 49 años.</p> | | |
| Método de cálculo: | $P = A/B * 100$ A: Número de mujeres (unidas y alguna vez unidas) entre los 15 y 49 años víctimas de violencia física y sexual en relaciones de pareja, en los últimos 12 meses B: Número de mujeres entre los 15 y 49 años de edad | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | Sentido esperado del indicador | Descendente |
| Fuente y bases de datos: | Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Demográfica y de salud Familiar | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 2.4% |
| Valor | 10.9% | 10% | |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| Objetivo prioritario: | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | | |
| Nombre del Indicador: | Tasa de heridos y fallecidos generados por siniestros viales por cada 100,000 habitantes. | | |
| Justificación: | <p>Una de las condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población es el entorno inseguro, siendo una de las características el riesgo de la población frente a los siniestros de tránsito. Este indicador permite aproximar el riesgo que enfrentan y la seguridad de la que disponen las personas usuarias, es decir los clientes de las carreteras y de las vías urbanas. De esta manera, los actores involucrados podrán asumir las medidas preventivas y correctivas que permitan reducir progresivamente el grado de mortandad y lesiones, y por lo tanto que se reduzca la inseguridad en las vías.</p> | | |
| Responsable del Indicador: | Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Observatorio Nacional de Seguridad Vial | | |
| Limitaciones del Indicador: | <p>Existencia de siniestros de Tránsito no reportados</p> <p>Universo de comisarías que no reportan</p> <p>Limitaciones en los atestados policiales y libros de ocurrencias relacionadas con la veracidad del dato, entre las que se destacan las imprecisiones en las causas del accidente y las dificultades Georreferenciación del Dato – Ubicación geográfica del siniestro de tránsito, entre otros.</p> <p>Los datos no están clasificados a nivel provincial y distrital.</p> | | |

| | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Método de cálculo: | $\text{Indicador} = \frac{A}{B} \times 100\,000$ | | |
| | A = Número de fallecidos generados por siniestros de tránsito // Número de lesionados generados por siniestros de tránsito B = Total de la población | | |
| Parámetro de medición: | Tasa | Sentido esperado del indicador | Descendente |
| Fuente y bases de datos: | Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censo Nacional de Comisarias | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2016 | 2017 | Tasa de fallecidos = 4.1 fallecidos x 100,000 habitantes. |
| Valor fallecidos | 9.1 | 8.2 | Tasa de lesionados= 78.7 lesionados x 100,000 habitantes |

| Ficha técnica del indicador | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| Objetivo prioritario: | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | | |
| Nombre del Indicador: | Proporción de la población que vive en hogares con acceso a servicios de electricidad, agua y saneamiento. | | |
| Justificación: | El BID, Banco Mundial y organizaciones mundiales, reconocen que los servicios de agua, saneamiento y electricidad a los que tiene acceso la población, representan los componentes esenciales en que se funda el desarrollo humano y, de hecho, actualmente se reconoce a tales servicios la condición de derechos humanos Por lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento y el Ministerio de Energía y Minas ejecutan proyectos de saneamiento urbano y rural y de electrificación con los gobiernos regionales y locales, respectivamente | | |
| Responsable del Indicador: | Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI | | |
| Limitaciones del Indicador: | El indicador se basa en la selección de la muestra es la información estadística y cartográfica del Sistema de Focalización de Hogares SISFOH, que tiene la actualización del año 2012 y 2013, generando una distorsión de la verdadera necesidad de atención de los servicios básicos de la población en conjunto. | | |
| Método de cálculo: | Proporción de la población que vive en hogares con acceso a servicios de electricidad, agua y saneamiento. <i>Numerador:</i> N° de hogares con acceso a servicios básicos de electricidad, agua y saneamiento <i>Denominador:</i> N° Total de hogares del país $\frac{\text{N° de hogares con acceso a servicios básicos de electricidad, agua y saneamiento}}{\text{N° Total de Hogares del país}} * 100\%$ | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | Sentido esperado del indicador | Ascendente |
| Fuente y bases de datos: | Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES) -Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) | | |
| | Línea de base | Valor actual | Logros esperados al 2030 |
| Año | 2018 | 2019 | 100% |
| Valor | 74.90% | N.D. | |

Anexo N° 09
Fichas de servicios con estándares de cumplimiento

OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población.

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 1.1 Servicios de educación básica desarrollan hábitos y conductas saludables en estudiantes, para la identificación de factores de riesgo para la salud y el ambiente |
| ESTÁNDAR | Eficacia |
| DEFINICIÓN BREVE | La formación de la población estudiantil de Educación Básica a nivel nacional plantea y ejecuta, mediante una serie de actividades, que los estudiantes adopten hábitos y conductas saludables, conociendo los riesgos de la no práctica de los mismos. Estándar: El 80% de la población estudiantil de la educación básica, incorpora y práctica hábitos saludables. |
| INDICADOR | Población estudiantil de la educación básica, incorpora y práctica hábitos saludables |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos del Ministerio de Educación, y otros registros. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Educación / Dirección General de Educación Básica Regular |

| | |
|--------------------------------------|---|
| SERVICIO | 1.2 Servicio de actividad física y deportiva en espacios públicos y en instituciones educativas y programas de todos los niveles y modalidades. |
| ESTÁNDAR | Cobertura |
| DEFINICIÓN BREVE | La actividad física que se promueve como un factor importante para la recreación, la mejora de la salud, la renovación y desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y espirituales del ser humano, mediante la participación y sana competencia en todas sus disciplinas deportivas y recreativas. Estándar: 90 % de peruanos realiza actividades físicas, deportivas o recreativas en las instalaciones de los centros educativos, y lugares públicos (canchas deportivas, avenidas, calles o parques) |
| INDICADOR | Porcentaje de la población de 5 a 70 años que realiza actividades físicas, deportivas y recreacionales en espacios públicos implementados |
| FUENTE DE DATOS | Base de datos MINEDU |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | MINEDU |

| | |
|-----------------|---|
| SERVICIO | 1.3. Servicio de promoción de una adecuada convivencia escolar, el desarrollo de acciones de prevención de la violencia y la atención oportuna de los casos de violencia contra las y los estudiantes |
| ESTÁNDAR | Oportunidad |

| | |
|--------------------------------------|---|
| DEFINICIÓN BREVE | <p>Promover una adecuada convivencia escolar en las instituciones educativas donde primen relaciones de respeto y de confianza entre todos los actores de la comunidad educativa y se promueve que el desarrollo de los y las estudiantes esté libre de todo tipo de violencia y discriminación que atente contra su integridad física, psicológica o sexual, o afecte la construcción de sus identidades y el desarrollo de sus competencias.</p> <p>Estándar: 90% de casos reportados en el SíseVe que son atendidos de manera oportuna (SíseVe).</p> |
| INDICADOR | Porcentajes de casos reportados en el SíseVe que son atendidos de manera oportuna (SíseVe). |
| FUENTE DE DATOS | BD del SíseVe (www.siseve.pe) |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Educación /Dirección General de Calidad de la Gestión Escolar |

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 1.4 Servicio de lactario institucional disponible para madres en periodo de lactancia en los centros de trabajo de entidades públicas o privadas |
| ESTÁNDAR | Cobertura |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>Los centros de trabajo del sector público y del sector privado, donde laboren veinte (20) o más mujeres en edad fértil deben contar con un lactario, el cual, es un ambiente apropiadamente implementado para la extracción y conservación adecuada de la leche materna durante el horario de trabajo, que reúne las condiciones mínimas que garantizan su funcionamiento óptimo como son: privacidad, comodidad e higiene; así como el respeto a la dignidad y la salud integral de las mujeres beneficiarias. Es una recomendación fundamental para sostener la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo integral del niño o niña lactante, hasta los dos primeros años de vida, hijos de mujeres que laboran.</p> <p>Estándar: al menos el 45% de instituciones públicas y privadas cuentan con lactarios según normas nacionales.</p> |
| INDICADOR | Proporción de Instituciones de los sectores públicos y privados con lactarios implementados según normas nacionales. |
| FUENTE DE DATOS | <u>Base de datos de lactarios institucionales</u> https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/ |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | MIMP - Dirección de Fortalecimiento de familias. |

| | |
|-------------------------|---|
| SERVICIO | 1.5 Acciones de orientación y asistencia técnica para la adopción de medidas de seguridad y salud en el trabajo implementados y evaluados anualmente. |
| ESTÁNDAR | Cobertura |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>Las acciones contienen un conjunto de medidas (adecuación física, organización de procesos y servicios médico-ocupacionales) que establecen un entorno laboral saludable que protege y promueve la salud física, mental y emocional en los trabajadores, evitando enfermedades y dolencias ocupacionales y desarrollando sus capacidades, aumentando con ello la productividad.</p> <p>Estándar: Al menos el 80% de las instituciones públicas y empresas y privadas cumplen las metas anuales establecidas sobre seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con las normas del MTPE y MINSA.</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| INDICADOR | Proporción de instituciones y empresas públicas y privadas que cumplen las metas anuales establecidas sobre seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a las normas del MTPE y MINSA. |
| FUENTE DE DATOS | Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral - Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR Gerencias/Direcciones Regionales de Trabajo y Promoción del Empleo Direcciones u Oficinas Regionales de Salud y Seguridad Ocupacional. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo / Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral |

OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 2.1 Servicios de salud a distancia (con dispositivos fijos y móviles, y de multi plataformas) que facilitan el acceso efectivo y pertinente de la población. |
| ESTÁNDAR | Accesibilidad geográfica |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>La implementación de telesalud permitirá la provisión de servicios de salud a distancia, atendiendo las necesidades de las personas, en especial del ámbito urbano marginal, rural y de poblaciones dispersas y considerando las características socioculturales de cada región.</p> <p>Se define a la telesalud como el servicio de salud que utiliza Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a las personas usuarias en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive.</p> <p>El diseño, despliegue e implementación deben estar alineados con las disposiciones sobre Seguridad Digital establecidas en el Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital, Decreto de Urgencia N° 007-2020 y sus normas reglamentarias.</p> <p>Estándar: en un 70% de los ámbitos urbanos marginales y/o rural, y en zonas de población dispersa, de todas las regiones del país, se encuentran implementados servicios de telesalud.</p> |
| INDICADOR | Proporción de ámbitos urbanos marginales y/o rurales y en zonas de población dispersa de todas las regiones del país se encuentran servicios de telesalud. |
| FUENTE DE DATOS | Plan Estratégico Institucional y POI de las GERESA, DIRESA, DIRIS. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales |

| | |
|-----------------|---|
| SERVICIO | 2.2 Portabilidad de afiliación al Aseguramiento Universal de Salud. |
| ESTÁNDAR | Oportunidad |

| | |
|--------------------------------------|--|
| DEFINICIÓN BREVE | <p>En el 2019, el Perú declaró la universalización de la salud a través del Aseguramiento Universal de Salud (AUS). Su implementación incluye la articulación y coordinación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) de los subsistemas de salud en Redes Integradas de Salud (RIS). Esta forma de organización del sistema de salud permitirá el ejercicio del derecho de las personas de recibir atención en cualquier IPRESS independientemente de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFAS) a la cual se halle afiliado, pública o privada. Para hacer este derecho efectivo, se requiere que toda persona en el país sea identificada como derechohabiente de alguna de las IAFAS existentes y el Plan de Aseguramiento en Salud al cual tiene derecho de manera contributiva, subsidiada o semi subsidiada.</p> <p>De acuerdo a la normatividad vigente, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), administrar el sistema de información que registra la afiliación de toda la población residente en el país, en una base de datos centralizada. El facilitar el acceso de las IAFAS e IPRESS existentes en el país, a este sistema es un servicio que permitirá la portabilidad del derecho a la atención en salud de todos los residentes en el país en el marco del AUS.</p> <p>Estándar: 100% de la población afiliada a un seguro de salud recibe atención cuando lo demanda en cualquier IPRESS.</p> |
| INDICADOR | Proporción de población afiliada a un seguro de salud que recibe atención cuando lo demanda |
| FUENTE DE DATOS | SUSALUD (RENIEC) |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Salud |

| | |
|--------------------------------------|---|
| SERVICIO | 2.3 Servicio de Atención de calidad y especializada, certificada, de acuerdo con el marco legal normativo de formación y práctica laboral. |
| ESTÁNDAR | Cobertura |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>La formación y la capacitación permanente para el desarrollo de las competencias de los equipos multidisciplinarios para la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud, con énfasis en atenciones especializadas no hospitalarias y el manejo de las prioridades sanitarias nacionales, mejorará la calidad de la atención, sus resultados y por ende, el estado de salud de la población.</p> <p>Estándar: Al menos el 90% de RIS de cada región en el país que cuentan con equipos multidisciplinarios con competencias certificadas para la implementación de las " Vías Clínicas" y "Planes de Cuidados Preventivos" según norma MINSA</p> |
| INDICADOR | Proporción de RIS de cada región en el país que cuentan con equipos multidisciplinarios con competencias certificadas para la implementación de las " Vías Clínicas" y "Planes de Cuidados Preventivos" según norma MINSA. |
| FUENTE DE DATOS | Sistema de Información sobre RHUS MINSA |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Salud |

| | |
|-------------------------|--|
| SERVICIO | 2.4 Programa de investigaciones que contribuyen a satisfacer las necesidades y demandas en salud pública de la población nacional. |
| ESTÁNDAR | Fiabilidad |
| DEFINICIÓN BREVE | El mejoramiento de las condiciones de salud pública requiere que se desarrolle conocimientos mediante la investigación científica siendo la producción de investigación en salud pública relevante para tal propósito. Así mismo, es necesario contar con evidencia sobre las problemáticas en salud de los grupos de especial protección. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>No todo trabajo de investigación es publicable en una revista científica, aunque pueda ser relevante para la acción local en salud pública. Si bien existen muchas publicaciones en salud, este indicador solo toma en consideración aquellas publicaciones alineadas a las prioridades en salud, que incorporen evidencia sobre la situación de los grupos de especial protección.</p> <p>Estándar: No menos de 41 publicaciones científicas anuales para el mejoramiento de las condiciones de salud pública.</p> |
| INDICADOR | Número de publicaciones científicas del INS alineadas a las prioridades de investigación. |
| FUENTE DE DATOS | Informes de OGITT de los centros nacionales, base de datos y revistas científicas. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | OGITT - INS Ministerio de Salud |

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 2.5 Producción de calidad y oportuna de bienes de importancia estratégica para la salud pública demandada por la población |
| ESTÁNDAR | Fiabilidad |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>La cantidad de atributos de los bienes, así como el número de ellos es muy grande y el índice sobre las variables estratégicas del INS, parece ser el mejor para representar sus avances estratégicos. La producción de los bienes se realiza según la demanda. "Bienes Estratégicos o de importancia estratégica para la salud pública" son aquellos que se producen en el marco de los "Métodos de ensayo y procesos de importancia estratégica, para la salud pública aprobados por la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad en coordinación con los centros nacionales.</p> <p>Estándar: no menos del 90% de las solicitudes de producción de sueros antiponzoñosos, Kits de diagnóstico de uso humano y dosis de vacunas de uso veterinario entregados.</p> |
| INDICADOR | Índice de bienes de importancia estratégica producidos. |
| FUENTE DE DATOS | Informes de CNPB y Base de datos de la CNPB |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | OGITT – INS - Ministerio de Salud |

OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud

| | |
|-------------------------|---|
| SERVICIO | 3.1 Vigilancia de inocuidad agroalimentaria en productos comercializados en mercados del país. |
| ESTÁNDAR | Fiabilidad |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>La inocuidad alimentaria es la garantía de que un producto alimenticio no causará daño al consumidor cuando se ingiere o prepare. La inocuidad es uno de los cuatro grupos básicos de características que junto a las nutricionales, organolépticas y comerciales, componen la calidad de los alimentos. El estado deberá garantizar que los procesos y procedimientos para producción, almacenamiento, distribución y comercialización de los productos de consumo humano cumplan con las normas técnicas establecidas en la regulación nacional.</p> <p>Para ello se requiere que los productores primarios cumplan con Buenas Prácticas de Producción e Higiene (BPH) y las empresas que procesan primariamente los alimentos de la producción primaria, cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Procedimientos Operativos Estandarizados (POES y cuando corresponda, el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC / HACCP). Esto tiene por finalidad reducir la probabilidad de que un alimento se contamine durante el proceso de producción, cosecha, empaque, almacenamiento y/o transporte, al interactuar de manera directa o</p> |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | indirecta con sustancias y superficies de contacto que puedan introducir o posicionar un contaminante de tipo biológico, químico o físico, y con ello se vea en riesgo la salud del consumidor. Estándar: Al menos el 90% del volumen de productos comercializados en los mercados nacional, regional y local, tienen garantía de ser seguros y provienen de establecimientos con Autorización Sanitaria, según normatividad técnica nacional |
| INDICADOR | Porcentaje del volumen de productos comercializados en los mercados nacional, regional y local, que cuentan con garantía de ser seguros y provienen de establecimientos con Autorización Sanitaria, según normatividad técnica nacional. |
| FUENTE DE DATOS | Dirección de Insumos Agropecuarios e Inocuidad Agroalimentaria |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Servicio Nacional de Sanidad Agraria – SENASA |

| | |
|--------------------------------------|---|
| SERVICIO | 3.2 Servicio de salud articulado al Centro de Emergencia Mujer para la intervención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo y a los servicios integral especializado para la prevención de la violencia en las familias |
| ESTÁNDAR | Atención integral |
| DEFINICIÓN BREVE | Servicio público especializado y gratuito, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar, en los cuales se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica. Se procura la recuperación del daño sufrido y se presta asistencia social. Asimismo, se realizan actividades de prevención a través de capacitaciones, campañas comunicacionales, formación de agentes comunitarios y movilización de organizaciones. Estándar: Al menos 80% de las personas afectadas por violencia familiar reciben atención integral en CEM. |
| INDICADOR | Proporción de personas afectadas por violencia familiar que reciben atención integral en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) |
| FUENTE DE DATOS | Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | CEM - Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 3.3 Servicio de agua con presencia de cloro residual libre mayor o igual de 0.5 mg/l |
| ESTÁNDAR | Accesibilidad geográfica |
| DEFINICIÓN BREVE | La sola instalación de los sistemas no garantiza el manejo adecuado, ni la gestión de la calidad. La alusión de servicios de agua por red pública está referida al acceso de servicios de agua en términos de cobertura, más no de calidad; esto porque la calidad implica acciones relacionadas con la gestión de los sistemas por los prestadores responsables. Los parámetros de control de la calidad del agua para consumo humano con la adopción de métodos y procesos adecuados de tratamiento, distribución y almacenamiento, reduce o elimina factores de riesgos sanitarios; a fin de preservar la salud y el bienestar de la población. Estándar: 95% de los hogares en el país se abastecen de agua segura. |
| INDICADOR | Proporción de hogares con acceso al abastecimiento de agua segura. |
| FUENTE DE DATOS | Instituto Nacional de Estadística - Encuesta Nacional de Hogares. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento |

| | |
|--------------------------------------|---|
| SERVICIO | 3.4 Vigilancia epidemiológica e investigación en relación con la exposición a metales pesados y salud en las ciudades con más alta contaminación. |
| ESTÁNDAR | Fiabilidad |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>La vigilancia por exposición a metales pesados es un programa de vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria aprobada con la NTS N° 111-2014-MINSA/DGE – V.01. que establece la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de Factores de Riesgo por Exposición e Intoxicación por Metales Pesados y Metaloides con Resolución Ministerial N° 006- 2015/MINSA, establece los procesos de vigilancia y notificación mensual.</p> <p>Estándar: 100% de la evaluación clínico-epidemiológica y notificación, según norma técnica MINSA, de la condición y exposición al riesgo de la población priorizada según plan anual MINSA.</p> |
| INDICADOR | Proporción de cumplimiento de la evaluación y notificación de la condición y exposición al riesgo de la población priorizada, según plan anual MINSA, (y * Tasa de exposición a metales pesados por 1000 Habitantes) |
| FUENTE DE DATOS | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Salud |

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 3.5 Manejo Integral de Residuos Sólidos. |
| ESTÁNDAR | Cobertura |
| DEFINICIÓN BREVE | <p>Garantizar la protección de la salud y del medio ambiente. El D.L. 1278 define la necesidad de desarrollar acciones de educación y sensibilización a la población, así como acciones de capacitación y realizar inversiones en la tipología de gestión integral de residuos sólidos que cierren las brechas de esta gestión a nivel nacional para una gestión y manejo integral de los residuos sólidos eficiente, eficaz y sostenible.</p> <p>Estándar: 100 % de los residuos sólidos generados son gestionados adecuadamente.</p> |
| INDICADOR | Porcentaje de toneladas de residuos sólidos no reutilizables dispuestos adecuadamente en infraestructuras de residuos sólidos. |
| FUENTE DE DATOS | Programa presupuestal 0036 Gestión Integral de Residuos Sólidos 2019 Ministerio del Ambiente |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio del Ambiente |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Servicio | 3.6 Sistema de monitoreo continuo de calidad de aire en donde existan estaciones de calidad de aire por SENAMHI |
| Estándar | Cobertura |
| Definición breve | <p>La calidad del aire se establece en base a los resultados de la medición de partículas y gases de los monitoreos continuos disponibles que viene operando SENAMHI, comparándolo con el Estándar de Calidad Ambiental (ECA) nacional, establecido por el Decreto Supremo N° 003-2017-MINAM.</p> <p>Estándar: 100% de estaciones que cuenten con sistema de monitoreo continuo operativo</p> |
| indicador | Porcentaje de ciudades que cumplen el ECA PM10 |
| Fuente de datos | Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología-SENAMHI |
| Responsabilidad del indicador | Ministerio del Ambiente - SENAMHI |

| | |
|--------------------------------------|---|
| SERVICIO | 3.7 Acciones de mitigación de riesgos y previsión de recursos para la respuesta a emergencias y desastres recomendados en las normas nacionales. |
| ESTÁNDAR | Accesibilidad geográfica |
| DEFINICIÓN BREVE | Ejecución de planes de gestión que permitan la mitigación y preparación de la respuesta ante emergencias y desastres con enfoque territorial. Estándar: Más del 90% de las RIS en cada región que ejecutan sus planes de gestión de mitigación y respuesta ante emergencias y desastres alineado a las políticas nacionales. |
| INDICADOR | Proporción de RIS en cada región que ejecutan sus planes de gestión de mitigación y respuesta ante emergencias y desastres alineado a las políticas nacionales. |
| FUENTE DE DATOS | Plan Estratégico Institucional y POI de las GERESA, DIRESA, DIRIS. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales |

| | |
|--------------------------------------|--|
| SERVICIO | 3.8 Programa de entrenamiento de la población para la respuesta a emergencias y desastres. |
| ESTÁNDAR | Oportunidad |
| DEFINICIÓN BREVE | El aprendizaje y entrenamiento de la población, la familia y la comunidad, para la prevención de riesgos y la participación activa en la respuesta a emergencias y desastres, permite que, ante la ocurrencia de alguna de estas eventualidades, haya capacidad de resiliencia y se amengüe los efectos negativos para la salud y seguridad de las personas. Estándar: 90% de participantes certificados en programas de entrenamiento para la respuesta a emergencias y desastres. |
| INDICADOR | Proporción de participantes certificados en programas de entrenamiento para la respuesta a emergencias y desastres programados por el INDECI y por el MINSA. |
| FUENTE DE DATOS | Sistema de Información INDECI y MINSA. |
| RESPONSABILIDAD DEL INDICADOR | Ministerio de Salud |

ANEXO N° 10: Matriz de Consistencia

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|--|---|--|--|--|---|---|---------------------------------|---|-----------|-------------|---|---|
| Años de vida saludables perdidos en la población por causas evitables. | Inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida. | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a las personas | OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población | *Porcentaje de personas de 15 y más años que consumen al menos 5 porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día. | L 1.1 Mejorar los hábitos y conductas saludables de la población. | 1.1 Servicios de educación básica desarrollan hábitos y conductas saludables en estudiantes, para la identificación de factores de riesgo para la salud y el ambiente. | Estudiantes de Educación Básica | INSTITUCIONES EDUCATIVAS MINEDU GORE | Nacional | Eficacia | La formación de la población estudiantil de la Educación Básica a nivel nacional plantea y ejecuta, mediante una serie de actividades, que los estudiantes adopten hábitos y conductas saludables, conociendo los riesgos de la no práctica de los mismos. | Población estudiantil de la educación básica, incorpora y práctica hábitos saludables |
| | | | | *Edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica | | 1.2 Servicio de actividad física y deportiva en espacios públicos y en instituciones educativas y programas de todos los niveles y modalidades | Población General. | INSTITUCIONES EDUCATIVAS CENTRO VACACIONAL HUAMPANI GOBIERNOS LOCALES GORE IPD MINEDU | Nacional | Cobertura | La actividad física que se promueve como un factor importante para la recreación, la mejora de la salud, la renovación y desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y espirituales del ser humano, mediante la participación y sana competencia en todas sus disciplinas deportivas y recreativas. | Porcentaje de la población de 5 a 70 años que realiza actividades físicas, deportivas y recreacionales en espacios públicos implementados |
| | | | | *Proporción de menores de seis meses con lactancia exclusiva. | | 1.3. Servicio de promoción de una adecuada convivencia escolar, el desarrollo de acciones de prevención de la violencia y la atención oportuna de los casos de violencia contra las y los estudiantes | Estudiantes de Educación Básica | INSTITUCIONES EDUCATIVAS GORE MINEDU | Nacional | Oportunidad | Promover una adecuada convivencia escolar en las instituciones educativas donde primen relaciones de respeto y de confianza entre todos los actores de la comunidad educativa y se promueve que el desarrollo de los y las estudiantes esté libre de todo tipo de violencia y discriminación que atente contra su integridad física, psicológica o sexual, o afecte la construcción de sus identidades y el desarrollo de sus competencias. | Porcentajes de casos reportados en el SiseVe que son atendidos de manera oportuna (SiseVe). |
| | | | | *Cobertura de hogares con prácticas adecuadas en el lavado de manos en el ámbito rural. | | | | | | | | |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|---|--------|--|------------------------|-----------|---|--|---|--|-----------|-----------|---|--|
| Limitada corresponsabilidad de las instituciones públicas y organizaciones privadas para generación de una cultura en salud | | Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables dirigido a la familia | | | L 1.2 Implementar estrategias que incrementen la lactancia materna apropiada en la población. | 1.4 Servicio de lactario institucional disponible para madres en periodo de lactancia en los centros de trabajo de entidades públicas o privadas. | Mujeres en periodo de lactancia de las instituciones públicas y organizaciones privadas | MIMP | Nacional | Cobertura | Los centros de trabajo del sector público y del sector privado, donde laboren veinte (20) o más mujeres en edad fértil deben contar con un lactario, el cual, es un ambiente apropiadamente implementado para la extracción y conservación adecuada de la leche materna durante el horario de trabajo, que reúne las condiciones mínimas que garantizan su funcionamiento óptimo como son: privacidad, comodidad e higiene; así como el respeto a la dignidad y la salud integral de las mujeres beneficiarias. Es una recomendación fundamental para sostener la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo integral del niño o niña lactante, hasta los dos primeros años de vida, hijos de mujeres que laboran. Estándar: al menos el 45% de instituciones públicas y privadas cuentan con lactarios según normas nacionales. | Proporción de Instituciones de los sectores públicos y privados con lactarios implementados según normas nacionales. |
| | | Establecer una norma de obligatorio cumplimiento para que las instituciones públicas incorporen en el PEI, actividades permanentes para el desarrollo de una cultura de salud en los servidores públicos | | | L 1.3. Realizar acciones para asegurar el conocimiento y cumplimiento de las medidas y condiciones de seguridad y salud en el trabajo, en todas las organizaciones. | 1.5 Acciones de orientación y asistencia técnica para la adopción de medidas de seguridad y salud en el trabajo implementados y evaluados anualmente | Trabajadores formales / instituciones y empresas. | MTPE/SUNAFIL para los trabajadores y empleadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada. SERVIR para trabajadores del sector público, de acuerdo a sus competencias | Nacional | Cobertura | Las acciones contienen un conjunto de medidas (adecuación física, organización de procesos y servicios médico-ocupacionales) que establecen un entorno laboral saludable que protege y promueve la salud física, mental y emocional en los trabajadores, evitando enfermedades y dolencias ocupacionales y desarrollando sus capacidades, aumentando con ello la productividad. Estándar: Al menos el 80% de las instituciones públicas y empresas y privadas cumplen las metas anuales establecidas sobre seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a las normas del MTPE y MINSA. | Proporción de instituciones y empresas públicas y privadas que cumplen las metas anuales establecidas sobre seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a las normas del MTPE y MINSA. |
| | | Desarrollar instrumentos legales para que las organizaciones privadas apoyen programas para generación de una cultura en salud | | | L 1.4 Regular los contenidos, etiquetado y publicidad de alimentos procesados. | | ----- | ----- | INDECOPI | ----- | ----- | ----- |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|-----------|--------------------------|---|--|-----------|
| Limitada cobertura y acceso de la población a servicios integrales de salud. | Mejorar la capacidad resolutive y capacidad de oferta de los servicios de salud en el primer nivel de atención de salud. | OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. | *Porcentaje de personas satisfechas con la atención en consulta externa * Porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención de salud. | L 2.1 Fortalecer el servicio de telesalud para la población de zonas aisladas. | 2.1 Servicios de salud a distancia (con dispositivos fijos y móviles, y de multi plataformas) que faciliten el acceso efectivo y pertinente de la población. | Población general. | MINSA y GOREs | Nacional | Accesibilidad geográfica | La implementación de telesalud permitirá la provisión de servicios de salud a distancia, atendiendo las necesidades de las personas, en especial del ámbito urbano marginal, rural y de poblaciones dispersas. Se define a la telesalud como el servicio de salud que utiliza Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a las personas usuarias en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. El diseño, despliegue e implementación deben estar alineados con las disposiciones sobre Seguridad Digital establecidas en el Decreto Legislativo N° 1412, Ley de Gobierno Digital, Decreto de Urgencia N° 007-2020 y sus normas reglamentarias. Estándar: en un 70% de los ámbitos urbanos marginales y/o rural, y en zonas de población dispersa, de todas las regiones del país, se encuentran implementados servicios de telesalud. | Porcentaje de ámbitos urbanos marginales y/o rurales y en zonas de población dispersa de todas las regiones del país se encuentran servicios de telesalud. | |
| | | | | L 2.2 Adecuar la infraestructura y equipamiento de acuerdo con el perfil de carga de enfermedad atendida por las RIS | ----- | ----- | MINSA, GR, GL, ESSALUD, MINDEF, MININTER | ----- | ----- | ----- | ----- | |
| | | | | L 2.3 Prescribir y usar racionalmente y con seguridad los medicamentos y dispositivos médicos esenciales de acuerdo a las normas nacionales en el Sistema Nacional de Salud. | ----- | ----- | MINSA | ----- | ----- | ----- | | |
| | | | | L 2.4 Implementar Redes Integradas de Salud para la | ----- | ----- | MINSA ESSALUD SANIDADES | ----- | ----- | ----- | | |
| | Implementar Redes Integradas de Salud a nivel nacional | | | | | | | | | | | |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|------------------|--------|---|------------------------|-----------|---|---|--------------------|---|-----------|-------------|--|---|
| | | garantizando el intercambio prestacional en el sector salud | | | atención de la población. | | | | | | | |
| | | Implementar el modelo de Cuidado Integral de Salud de la persona, familia y comunidad. | | | L 2.5 Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida | ----- | ----- | MINSA ESSALUD SANIDADES | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | Disminución de las barreras de acceso y continuidad del uso de servicios de salud para las personas usuarias. | | | L 2.6 Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población. | 2.2 Portabilidad de afiliación al Aseguramiento Universal de Salud. | Población general. | MINSA, MTPE- ESSALUD, MINDEF, MINISTER IAFAs | Nacional | Oportunidad | <p>En el 2019, el Perú declaró la universalización de la salud a través del Aseguramiento Universal de Salud (AUS). Su implementación incluye la articulación y coordinación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) de los subsistemas de salud en Redes Integradas de Salud (RIS). Esta forma de organización del sistema de salud permitirá el ejercicio del derecho de las personas de recibir atención en cualquier IPRESS independientemente de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFAS) a la cual se halle afiliado, pública o privada. Para hacer este derecho efectivo, se requiere que toda persona en el país sea identificada como derechohabiente de alguna de las IAFAS existentes y el Plan de Aseguramiento en Salud al cual tiene derecho de manera contributiva, subsidiada o semi subsidiada.</p> <p>De acuerdo a la normatividad vigente, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), administrar el sistema de información que registra la afiliación de toda la población residente en el país, en una base de datos centralizada. El facilitar el acceso de las IAFAS e IPRESS existentes en el país, a este sistema es un servicio que permitirá la portabilidad del derecho a la atención en salud de todos los residentes en el país en el marco del AUS.</p> <p>Estándar: 100% de la población afiliada a un seguro de salud recibe atención cuando lo demanda en cualquier IPRESS.</p> | Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud que recibe atención cuando lo demanda |
| | | | | | L 2.7 Garantizar el acceso a los recursos estratégicos de salud a la población que acude a las IPRESS | ----- | ----- | MINSA MTPE- ESSALUD | ----- | ----- | ----- | ----- |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|------------------|--------|--|------------------------|-----------|---|--|--------------------|-----------------------|-----------|------------|--|---|
| | | Formulación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para distribución equitativa a nivel nacional, regional y local orientada a mejorar la densidad hacia estándares internacionales | | | L 2.8 Organizar equipos multidisciplinares para el cuidado integral de salud por curso de vida a la población. | 2.3 Servicio de Atención de calidad y especializada, certificada, de acuerdo con el marco legal normativo de formación y práctica laboral. | Población general | MINSA (DGIESP - DGPS) | Nacional | Cobertura | La formación y la capacitación permanente para el desarrollo de las competencias de los equipos multidisciplinares para la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud, con énfasis en atenciones especializadas no hospitalarias y el manejo de las prioridades sanitarias nacionales, mejorará la calidad de la atención, sus resultados y por ende, el estado de salud de la población. Estándar: Al menos el 90% de RIS de cada región en el país que cuentan con equipos multidisciplinares con competencias certificadas para la implementación de las "Vías Clínicas" y "Planes de Cuidados Preventivos" según norma MINSA | Porcentaje de RIS de cada región en el país que cuentan con equipos multidisciplinares con competencias certificadas para la implementación de las "Vías Clínicas" y "Planes de Cuidados Preventivos" según norma MINSA |
| | | | | | L 2.9 Formar acorde al modelo de cuidado integral de salud los recursos humanos del sector salud. | ----- | ----- | MINEDU - SUNEDU | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | Fortalecimiento de las competencias profesionales y humanas de los recursos humanos en salud para responder a las necesidades y expectativas de la población | | | L 2.10 Desarrollar e incorporar la investigación e innovación tecnológica en las estrategias para la prevención de riesgos, protección del daño, recuperación de la salud y de las capacidades de la población. | 2.4 Programa de investigaciones que contribuyen a satisfacer las necesidades y demandas en salud pública de la población nacional | Población Nacional | OGITT - INS | Nacional | Fiabilidad | El mejoramiento de las condiciones de salud pública requiere que se desarrolle conocimientos mediante la investigación científica siendo la producción de investigación en salud pública relevante para tal propósito. Así mismo, es necesario contar con evidencia sobre las problemáticas en salud de los grupos de especial protección. No todo trabajo de investigación es publicable en una revista científica, aunque pueda ser relevante para la acción local en salud pública. Si bien existen muchas publicaciones en salud, este indicador solo toma en consideración aquellas publicaciones alineadas a las prioridades en salud, que incorporen evidencia sobre la situación de los grupos de especial protección. Estándar: No menos de 41 publicaciones científicas anuales para el mejoramiento de las condiciones de salud pública. | Número de publicaciones científicas del INS alineadas a las prioridades de investigación. |
| | | | | | | 2.5 Producción de calidad y oportuna de bienes de importancia estratégica para la salud pública demandada por la población | Población Nacional | CNPB - INS | Nacional | Fiabilidad | La cantidad de atributos de los bienes, así como el número de ellos es muy grande y el índice sobre las variables estratégicas del INS, parece ser el mejor para representar sus avances estratégicos. La producción de los bienes se realiza según la demanda. "Bienes Estratégicos o de importancia estratégica para la salud pública" son aquellos que se producen en el marco de los "Métodos de ensayo y procesos de importancia estratégica, para la salud pública aprobados por la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad en coordinación con los centros nacionales. | Índice de bienes de importancia estratégica producidos. |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|----------------------|------------------|-----------|------------|---|--|---|
| | | | | | | | | | | | Estándar: no menos del 90% de las solicitudes de producción de sueros antiponzoñosos, Kits de diagnóstico de uso humano y dosis de vacunas de uso veterinario entregados. | |
| | | | | | L 2.11 Implementar canales y servicios digitales para brindar información clara y oportuna sobre los servicios de salud a las personas. | ----- | ----- | PCM | ----- | ----- | ----- | ----- |
| Inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población. | Acciones periódicas tendientes a reducir la exposición de la población a entornos no saludables | OP3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud | *Porcentaje de mujeres víctimas de violencia física, sexual y/o psicológica en relaciones de pareja, los últimos 12 meses. *Tasa de muertes por siniestros viales * Proporción de la población que vive en hogares con acceso a servicios de electricidad, agua y saneamiento | L 3.1 Garantizar un adecuado acceso e inocuidad de los alimentos y derivados para la población. | 3.1 Vigilancia de inocuidad agroalimentaria en productos comercializados en mercados del país. | Población en general | MINAGRI - SENASA | Nacional | Fiabilidad | La inocuidad alimentaria es la garantía que un producto alimenticio no causará daño al consumidor cuando se ingiera o prepare. La inocuidad es uno de los cuatro grupos básicos de características que junto a las nutricionales, organolépticas y comerciales, componen la calidad de los alimentos. El estado deberá garantizar que los procesos y procedimientos para producción, almacenamiento, distribución y comercialización de los productos de consumo humano cumplan con las normas técnicas establecidas en la regulación nacional. Para ello se requiere que los productores primarios cumplan con Buenas Prácticas de Producción e Higiene (BPH) y las empresas que procesan primariamente los alimentos de la producción primaria, cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Procedimientos Operativos Estandarizados (POES y cuando corresponda, el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC / HACCP). Esto tiene por finalidad reducir la probabilidad de que un alimento se contamine durante el proceso de producción, cosecha, empaçado, almacenamiento y/o transporte, al interactuar de manera directa o indirecta con sustancias y superficies de contacto que puedan introducir o posicionar un contaminante de tipo biológico, químico o físico, y con ello se vea en riesgo la salud del consumidor. Estándar: Al menos el 90% del volumen de productos comercializados en los mercados nacional, regional y local, tienen garantía de ser seguros y provienen de establecimientos con Autorización Sanitaria, según normatividad técnica nacional | Porcentaje del volumen de productos comercializados en los mercados nacional, regional y local, que cuentan con garantía de ser seguros y provienen de establecimientos con Autorización Sanitaria, según normatividad técnica nacional. | |
| | Acciones estratégicas periódicas tendientes a reducir la exposición de la población a | | | | | | | | | L 3.2 Mejorar el cuidado de personas víctimas de la violencia de género, violencia contra | 3.2 Servicio de salud articulado al Centro de Emergencia Mujer para la intervención y erradicación de la violencia contra las mujeres e | Personas en situación de vulnerabilidad por violencia |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|------------------|--------|--|------------------------|-----------|--|---|--|---------------|-----------|--------------------------|--|---|
| | | entornos inseguros | | | niñas, niños, adolescentes y personas vulnerables. | integrantes del grupo y a los servicios integral especializado para la prevención de la violencia en las familias | | | | | movilización de organizaciones. Estándar: Al menos 80% de las personas afectadas por violencia familiar reciben atención integral en CEM. | |
| | | | | | L 3.3 Mejorar las condiciones para la seguridad ciudadana y convivencia pacífica de la población | ----- | ----- | MININTER y GL | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | Adopción de comportamientos de seguridad vial, fortalecimiento de los mecanismos de control y el desarrollo de procedimientos sancionadores inmediatos | | | L 3.4 Fortalecer la seguridad vial para la reducción de accidentes de tránsito | ----- | ----- | MTC | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | Planes anuales puestos en marcha por los Gobiernos Subnacionales para incrementar el acceso de la población a agua segura, saneamiento, y otros servicios públicos | | | L 3.5 Ampliar la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento de la población. | 3.3 Servicio de agua con presencia de cloro residual libre mayor o igual de 0.5 mg/l | Población en general de los distritos de intervención priorizados. | MVCS | Nacional | Accesibilidad geográfica | La sola instalación de los sistemas no garantiza el manejo adecuado, ni la gestión de la calidad. La alusión de servicios de agua por red pública está referida al acceso de servicios de agua en términos de cobertura, más no de calidad; esto porque la calidad implica acciones relacionadas con la gestión de los sistemas por los prestadores responsables. Los parámetros de control de la calidad del agua para consumo humano con la adopción de métodos y procesos adecuados de tratamiento, distribución y almacenamiento, reduce o elimina factores de riesgos sanitarios; a fin de preservar la salud y el bienestar de la población. Estándar: 95% de los hogares en el país se abastecen de agua segura. | Proporción de hogares acceden a servicios de agua potable segura. |
| | | Programas que deben ser ejecutados por los Gobiernos | | | L 3.6 Fortalecer el Sistema de Vigilancia de Salud | 3.4 Vigilancia epidemiológica e investigación en relación con la | Persona, familia y comunidad considerada | MINSA - CDC | Nacional | Fiabilidad | La vigilancia por exposición a metales pesados es un programa de vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria aprobada con la NTS N° 111-2014-MINSA/DGE - V.01. que establece la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de Factores de Riesgo por | Proporción de cumplimiento de la evaluación y notificación de la |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|------------------|--------|---|------------------------|-----------|--|--|---|-------------------------|-----------|--------------------------|---|---|
| | | Sub nacionales para reducir la vulnerabilidad ante la contaminación ambiental, cambio climático y desastres naturales | | | Ambiental en fuentes de agua de consumo humano. | exposición a metales pesados y salud en las ciudades con más alta contaminación. | más vulnerable expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas. | | | | Exposición e Intoxicación por Metales Pesados y Metaloides con Resolución Ministerial N° 006- 2015/MINSA, establece los procesos de vigilancia y notificación mensual. Estándar: 100% de la evaluación clínico epidemiológica y notificación, según norma técnica MINSA, de la condición y exposición al riesgo de la población priorizada según plan anual MINSA. | condición y exposición al riesgo de la población priorizada, según plan anual MINSA, (y * Tasa de exposición a metales pesados por 1000 Habitantes) |
| | | | | | L 3.7 Garantizar el adecuado manejo de residuos sólidos | 3.5 Manejo Integral de Residuos Sólidos. | Persona, familia y comunidad considerada más vulnerable expuesta a residuos sólidos contaminantes. | Gob. Local/MINSA/ MINAM | Nacional | Cobertura | Garantizar la protección de la salud y del medio ambiente. El D.L. 1278 define la necesidad de desarrollar acciones de educación y sensibilización a la población, así como acciones de capacitación y realizar inversiones en la tipología de gestión integral de residuos sólidos que cierren las brechas de esta gestión a nivel nacional para una gestión y manejo integral de los residuos sólidos eficiente, eficaz y sostenible. Estándar: 100 % de los residuos sólidos generados son gestionados adecuadamente. | Porcentaje de toneladas de residuos sólidos no reutilizables dispuestos adecuadamente en infraestructuras de residuos sólidos. |
| | | | | | L 3.8 Mejorar el monitoreo de la calidad del aire. | 3.6 Sistema de monitoreo continuo de calidad de aire en donde existan estaciones de calidad de aire por SENAMHI | Persona, familia y comunidad considerada más vulnerable expuesta a metales pesados y otras sustancias químicas. | MINSA / MINAM - SENAMHI | Nacional | Cobertura | La calidad del aire se establece en base a los resultados de la medición de partículas y gases de los monitoreos continuos disponibles que viene operando SENAMHI, comparándolo con el Estándar de Calidad Ambiental (ECA) nacional, establecido por el Decreto Supremo N° 003-2017-MINAM. Estándar: 100% de estaciones que cuenten con sistema de monitoreo continuo operativo | Porcentaje de ciudades que cumplen el ECA PM10 |
| | | | | | L. 3.9 Reducir las condiciones de riesgo de los medios de vida ante emergencias y desastres de la población. | 3.7 Acciones de mitigación de riesgos y previsión de recursos para la respuesta a emergencias y desastres recomendados en las normas nacionales. | Autoridades y gestores públicos | MINSA | Nacional | Accesibilidad geográfica | Ejecución de planes de gestión que permitan la mitigación y preparación de la respuesta ante emergencias y desastres con enfoque territorial. Estándar: Más del 90% de las RIS en cada región que ejecutan sus planes de gestión de mitigación y respuesta ante emergencias y desastres alineado a las políticas nacionales | Proporción de RIS en cada región que ejecutan sus planes de gestión de mitigación y respuesta ante emergencias y desastres alineado a las políticas nacionales. |
| | | | | | | 3.8 Programa de entrenamiento de la población para la respuesta a emergencias y desastres. | Población general | MINSA y GORES | Nacional | Oportunidad | El aprendizaje y entrenamiento de la población, la familia y la comunidad, para la prevención de riesgos y la participación activa en la respuesta a emergencias y desastres, permite que, ante la ocurrencia de alguna de estas eventualidades, haya capacidad de resiliencia y se amengüe los efectos negativos para la salud y seguridad de las personas. | Proporción de participantes certificados en programas de entrenamiento para la respuesta a emergencias y desastres |

| PROBLEMA GENERAL | CAUSAS | ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN | OBJETIVOS PRIORITARIOS | INDICADOR | LINEAMIENTOS | SERVICIOS | PERSONA | PROVEEDOR | COBERTURA | ESTÁNDAR | DEFINICIÓN | INDICADOR |
|------------------|--------|--|------------------------|-----------|--|-----------|---------|-----------|-----------|----------|---|---|
| | | | | | | | | | | | Estándar: 90% de participantes certificados en programas de entrenamiento para la respuesta a emergencias y desastres | programados por el INDECI y por el MINSA. |
| | | Fortalecimiento de la fiscalización de SUSALUD, incremento de penalidades sobre el funcionamiento de establecimientos de salud y prácticas ilegales e informales de la medicina. | | | L.3.10 Reducir, a través de un programa, con sustento legal, la informalidad en los servicios y bienes que generen riesgos en la salud de la población | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |
| | | Fortalecimiento de la fiscalización de DIGEMID sobre el mercado informal e ilegal de medicamentos, incremento de las penalidades | | | L.3.11 Erradicar a través de un Programa, con sustento legal, los servicios y bienes ilegales que generen riesgos en la salud de la población | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |