



PERÚ

**MINISTERIO
DE SALUD**

**HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ**

**PROGRAMAS PRESUPUESTAL
ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES**

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

PLAN ANUAL - 2022

**PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES
NO TRANSMISIBLES (PPR 018)**



RESPONSABLE: LIC. ENF. DEYSI RAMIREZ TUANAMA



INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. FINALIDAD.....	02
III. OBJETIVOS.....	02
3.1. Objetivo General.....	02
3.2. Objetivos Específicos.....	03
IV. BASE LEGAL.....	03
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	04
VI. RECURSOS HUMANOS.....	04
a. Recursos Disponibles.....	04
b. Recursos Informáticos y Equipo Inmobiliario.....	04
VII. CONTENIDO.....	05
Situación Actual de las Enfermedades No Transmisibles.....	05
Datos Estadísticos o Cuantitativos de los Problemas Identificados.....	05
Hipertensión.....	05
Diabetes Mellitus.....	09
Salud Ocular.....	13
Salud Bucal.....	18
VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO.....	21
IX. INDICADORES.....	21
X. RESPONSABILIDADES.....	24
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	24
XII. BIBLIOGRAFIA.....	24
XIII. ANEXOS.....	24

CUADRO N° 01: Programación de Metas Físicas 2022.

CUADRO N° 02: Cronograma de Actividades – 2022.



PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2022.

I. INTRODUCCION:

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, las Enfermedades No Transmisibles – ENT, son la causa de muerte más común para países en vías de desarrollo.

Las enfermedades crónicas, también conocidas como Enfermedades No Transmisibles (ENT), son principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes; y representan la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas. El Perú no es una excepción ya que las enfermedades no transmisibles son una de las principales causas de años de vida saludables perdidos.

En el Perú, las ENT representan el 58% de la carga de la enfermedad generada cada año, colocándose así este grupo de enfermedades como el mayor causante de discapacidad y muerte prematura en el país, por encima de las enfermedades transmisibles y las lesiones. Este panorama coincide con lo reportado a nivel mundial para países de medianos ingresos.

El Ministerio de Salud reconoce la creciente importancia de las ENT en la carga de morbilidad y mortalidad en el país. En relación a las causas específicas de mortalidad, en el 2011, si bien, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar, podemos observar que son las enfermedades crónico-degenerativas entre ellas, las relacionadas con la enfermedad metabólica y las neoplasias las que ocuparon la mayor parte del listado de las quince primeras causas de defunciones en la población peruana. Las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón se ubicaron en el segundo y tercer lugar con 5.3% y 4.8%, respectivamente. Estas cifras confirman el rápido cambio del perfil epidemiológico del Perú, hacia uno en que prevalecen las enfermedades crónicas no transmisibles.

Respecto a la Salud Ocular, la OMS estimó que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones presentan ceguera, esta cifra se incrementa en uno o dos millones cada año, siendo aproximadamente la mitad de ellos a consecuencia de ceguera por catarata y 246 millones presentan baja visión. En el Perú, un problema común del órgano ocular es la catarata; este problema causa pérdidas estimadas en más de 310 millones de Nuevos Soles anuales a la sociedad peruana por discapacidad o muerte prematura.

La prevalencia de Diabetes en el Perú se estima en 7% (un millón doscientos mil peruanos), sin embargo solo el 2.9% refiere conocer su condición con diagnóstico médico y está controlada. Las personas que son diagnosticadas por primera vez con diabetes en los servicios, el 22% tiene alguna complicación.

La prevalencia de hipertensión arterial para el 2016 fue de 12.9% (más de tres millones de peruanos). Las complicaciones por hipertensión y diabetes son las primeras causas de mortalidad en el país. Para el 2012 más del 60% de los años de vida saludables perdidos en nuestra población fue la causa de enfermedades crónicas como problemas de salud mental, complicaciones de diabetes e hipertensión y cáncer.

Frente a las enfermedades del sistema Estomatológico, las enfermedades orales, especialmente las caries dentales es sumamente prevalente en la población peruana y significan pérdidas de más de 2 millones de Nuevos Soles anualmente. Su alta prevalencia



y cronicidad hace que las enfermedades orales sean la segunda causa de consulta externa en establecimientos de salud, con un alto impacto en la productividad económica de las personas, incluyendo horas perdidas de estudio o de trabajo.

El último estudio epidemiológico indica que una persona de 6 a 15 años tiene 73 y 84% respectivamente de presentar caries dental y un promedio de 5 piezas afectadas. Este mismo estudio, menciona la necesidad de tratamientos periodontales según el ICNTP (Índice Comunitario de Necesidad de Tratamiento Periodontal) sobretodo en niños de 10 a 11 años con un promedio de 1.69.

Nuestro país es rico en una diversidad de minerales, asimismo las actividades extractivas se constituyen en una de las principales fuentes de empleo e ingresos. Respecto a la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas (Pb, Ar, Cd, Hg, Hidrocarburos, Plaguicidas) se constituye en un problema de salud pública debido al potencial tóxico de estas sustancias al contacto agudo o crónico en el ser humano, independientemente de ser contaminación natural o antropogénica (actividades productivas y extractivas, sean formales e informales). En ese contexto la ingestión de alimentos contaminados, exposición a suelos contaminados, inhalación de polvo y el agua contaminada; han sido identificadas como importantes factores de exposición a estos agentes tóxicos. Cabe señalar que la contaminación ambiental puede llevar a diversos problemas de salud, los grupos más vulnerables son los niños y gestantes.

Debido a su característica de ser no transmisibles, de naturaleza crónica y su alta prevalencia, el Ministerio de Salud ha priorizado las siguientes enfermedades o grupos de enfermedades como prioridad para ser afrontadas desde sus estrategias sanitarias incluidas en el presente programa presupuestal de ENT: sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades oftalmológicas, enfermedades de la cavidad bucal, problemas y trastornos de salud mental, así como las enfermedades por contaminación de metales pesados y otras sustancias químicas.

En el hospital Carlos Lanfranco La Hoz a través del programa presupuestal de Enfermedades No Transmisibles se viene trabajando con las siguientes estrategias sanitarias: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedades Oftalmológicas y Enfermedades de la Cavidad Bucal.

II. FINALIDAD:

Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población a través de la disminución de la carga de morbilidad, discapacidad prevenible, así como la mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles.

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer las acciones de prevención, control y tratamiento de los daños no transmisibles, llevadas en forma institucional en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el marco de la Atención Integral de Salud.



OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Brindar una atención de calidad en los servicios de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT.
- ✓ Incrementar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- ✓ Implementar intervenciones eficaces, para el tratamiento y el control de las enfermedades cardiovasculares: Hipertensión y Diabetes; Enfermedades Oftálmicas y Enfermedades de la Cavidad Bucal.
- ✓ Monitorear las actividades programadas de acuerdo a la estrategia sanitaria que pertenecen al Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles.

IV. BASE LEGAL:

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 29344, Ley del Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Ley N° 28553, Ley General de Protección a las personas con Diabetes.
- ✓ R.M. 771-2004/MINSA. Establece Estrategias Sanitarias.
- ✓ 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° 654-2008/MINSA, que aprueba el documento técnico: Procedimientos para el Monitoreo y Evaluación de las Intervenciones Sanitarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del I, II y III nivel de atención.
- ✓ Resolución Ministerial N° 672-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 158-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud".
- ✓ R.M. 526 – 2011/ MINSA Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA.
- ✓ Resolución Ministerial N° 184-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161-2013, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 004-2013-PCM. Aprueba la Política Nacional de Modernización en la Gestión Pública.
- ✓ Resolución Ministerial N° 240-2013/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta Mayor.
- ✓ Resolución Ministerial N° 961-2014-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 060-MINSA-DGE-V.01: "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes en Establecimientos de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- ✓ Resolución Ministerial N° 719-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la diabetes Mellitus tipo 2 en el primer Nivel de Atención.
- ✓ Resolución Ministerial 162-2015/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Consulta Nutricional para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulta mayor.



- ✓ Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.
- ✓ Directiva N° 002-2016-EF/50.01, Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01, "Directiva para los Programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultados.
- ✓ Resolución Ministerial N° 229-2016/MINSA mediante la cual fueron aprobados los "Lineamientos de políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016 – 2020".
- ✓ Resolución Ministerial N° 226-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, Tratamiento y Control del Pie Diabético.
- ✓ Resolución Ministerial N° 498-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 110-MINSA/2020/DGIESP "Directiva Sanitaria para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades no transmisibles en el contexto de la pandemia por COVID-19".
- ✓ Decreto Supremo N° 026-2020-PCM. Aprueba la Política Nacional Multisectorial Salud 2030. "Perú. País saludable". Publicado. Publicado 22 de agosto de 2020.
- ✓ Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. Publicado, 18 de noviembre 2021.
- ✓ DIRECTIVA N° 0005-2020-EF/50.01. Directiva para el diseño de los programas Presupuestales en el marco del Presupuesto por Resultado.
- ✓ DIRECTIVA N° 0007-2020-EF/50.01. Directiva para la Ejecución Presupuestaria 2021.
- ✓ DIRECTIVA N° 003-2020-EF/50.01. Directiva de Seguimiento en el marco de la Fase de Evaluación Presupuestaria.
- ✓ DIRECTIVA N° 0001-2020-EF/50.01. Directiva de Programación Multianual Presupuestaria y Formulación Presupuestaria.

V. AMBITO DE APLICACION:

El presente plan es de aplicación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el Programa Presupuestal Enfermedades No Transmisibles y de cumplimiento para los centros de costo (Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía y Departamento de Odontología) que realicen actividades en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

VI. RECURSOS HUMANOS:

a. Recursos Disponibles:

PERSONAL DE SALUD	NOMBRADO	CAS	99	RESIDENTES	TOTAL PPR 018
MEDICO OFTALMOLOGO	2	1	0	2	5
MED. ENDOCRINOLOGO	1	0	2	0	3
MED. CARDIOLOGO	2	0	0	0	2
LIC. ENFERMERIA	2	3	0	0	5
TECNOLOGO MEDICO	1	1	0	0	2
Q. FARMACEUTICO	1	1	0	0	2
NUTRICIONISTA	1	1	0	0	2
CIR. DENTISTA	5	0	0	0	5
TEC. ENFERMERIA	0	5	0	0	5
TEC. LABORATORIO	1	0	0	0	1
TEC. FARMACIA	0	1	2	0	3
TEC. ODONTOLOGIA	1	0	0	0	1
TOTAL	17	13	4	2	36

b. Recursos Informáticos y Equipo Inmobiliario:

Contamos con 01 equipo informático Y 01 mobiliario.



VII. CONTENIDO:**Situación Actual de las Enfermedades No Transmisibles:**

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 ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable.

Las enfermedades no transmisibles representan uno de los mayores problemas para la salud de la población y el desarrollo de los países, por sus consecuencias sanitarias, sociales y económicas, y son particularmente devastadoras en poblaciones vulnerables.

Según el informe Global status Report on Noncommunicable Disease publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2014, las principales causas de muerte de las enfermedades no transmisibles en 2012 fueron las enfermedades cardiovasculares con 17,5 millones de muertes (46,2%), el cáncer con 8,2 millones de muertes (21,7%), las enfermedades respiratorias, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 4 millones de muertes (10,7%), y la diabetes con 1,5 millones de muertes (4%). Las muertes por enfermedades no transmisibles se han incrementado en todo el mundo y en todas las regiones.

Asimismo en el 2012, la tasa de mortalidad estandarizada por edad de las enfermedades no transmisibles fue 539 por 100 000 habitantes a nivel mundial y más de 16 millones de muertes por enfermedades no transmisibles fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Siendo las enfermedades cardiovasculares responsables de la mayor proporción de muerte prematura (37%), seguido por el cáncer (27%) y las enfermedades respiratorias crónicas (8%). La diabetes fue responsable del 4% de las muertes prematuras, y otras enfermedades no transmisibles fueron responsables de aproximadamente el 24%. En el año 2012, una persona de 30 años de edad, tenía una probabilidad de 19% de morir por una de las cuatro principales enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes mellitus y cáncer) antes de su cumplir 70 años. Esto representa una mejora con respecto al año 2000, cuando la misma persona de 30 años de edad habría tenido un 23% probabilidad de morir por estas enfermedades antes de su cumplir 70 años. Mientras que la cantidad anual de las muertes por enfermedades infecciosas se prevé que disminuya, la cantidad anual de muertes por enfermedades no transmisibles se prevé que aumente a 52 millones en el año 2030. Asimismo, la mortalidad anual por enfermedades cardiovasculares fue 17,5 millones en el año 2012 se prevé que aumente a 22,2 millones en el año 2030.

Datos Estadísticos o Cuantitativos de los Problemas Identificados:

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 ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable.

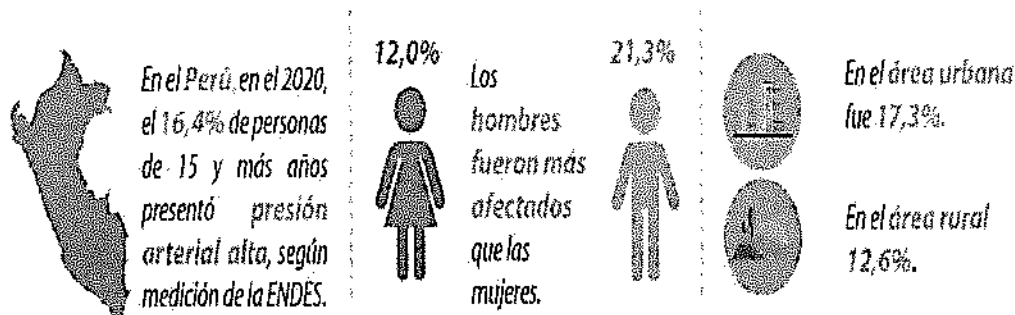
HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del círculo arterial es elevada. Esta afección trae como consecuencia el daño progresivo de diversos órganos del cuerpo, así como el esfuerzo adicional del corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos.



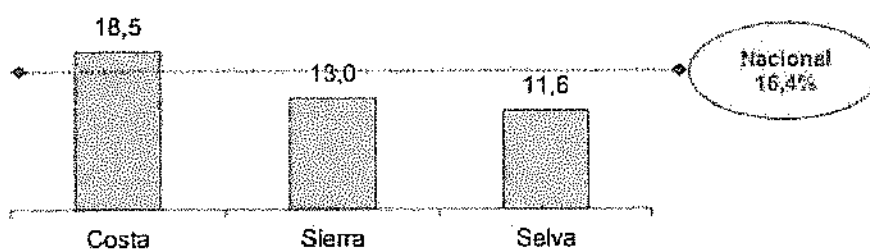
Presión arterial alta.

La presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales de la presión sistólica ($PAS \geq 140$ mmHg) y/o diastólica ($PAD \geq 90$ mmHg) en una persona bajo condiciones estándares para la medición¹. Para ello, se realiza al menos dos mediciones completas; cada una de ellas implica la medición de la PAS y PAD, y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial.



Asimismo, según región natural, la presión arterial alta fue mayor en la Costa con 18,5%, y la menor prevalencia se registró en la Selva (11,6%).

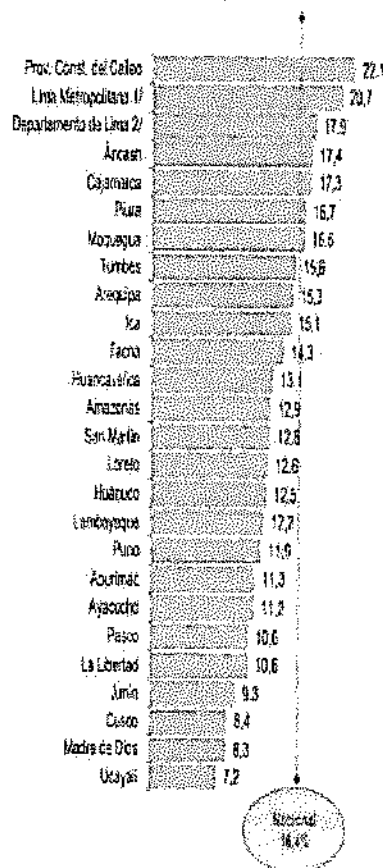
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2020 (Porcentaje)



Según departamento, de acuerdo a la medición efectuada en el 2020, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, se registraron en la Provincia Constitucional del Callao (22,1%), Lima Metropolitana (20,7%), Departamento de Lima (17,9%), Áncash (17,4%), Cajamarca (17,3%), Piura (16,7%) y Moquegua (16,6%). Los menores porcentajes se presentaron en Ucayali (7,2%), Madre de Dios (8,3%), Cusco (8,4%) y Junín (9,3%).



PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA,
SEGÚN DEPARTAMENTO, 2020
(Porcentaje)



Hipertensión arterial por diagnóstico.

La presión arterial alta diagnosticada por un médico, se refiere a la información reportada por la persona encuestada de haber recibido un diagnóstico de hipertensión arterial alguna vez en su vida.



En el Perú, el 10,1% de personas de 15 y más años fue diagnosticado con hipertensión arterial por un médico.

12,0%



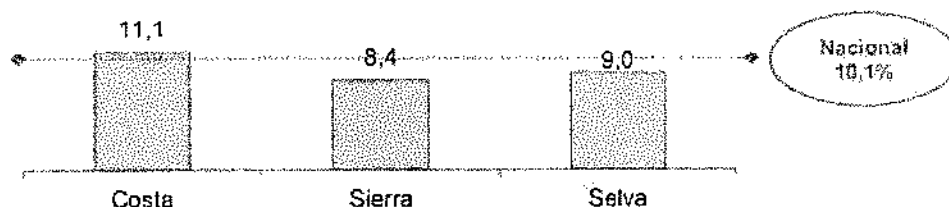
Las mujeres fueron más afectadas que los hombres.

8,2%



A nivel de región natural, en el 2020, los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en la Costa (11,1%), seguido de la Selva (9,0%) y la Sierra (8,4%).

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2020 (Porcentaje)



Hipertensión arterial y tratamiento médico en los últimos 12 meses.

a) Hipertensión arterial y tratamiento médico en los últimos 12 meses



En el Perú, el 68,0% de personas de 15 y más años con diagnóstico de hipertensión arterial, recibió y/o compró medicamentos con receta médica, en los últimos 12 meses.

69,0%



La proporción de mujeres hipertensas con tratamiento tiende a ser mayor que en los hombres.

66,4%



Según región natural, la mayor proporción de hipertensos con tratamiento, en el 2020, fueron los residentes en la Costa (72,4%), seguido de la Selva y Sierra con 63,4% y 55,6%, respectivamente.

Prevalencia de hipertensión arterial.

La prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años de edad, se describe de acuerdo a la medición de la presión arterial efectuada por el personal de campo y/o por autoreporte de la persona entrevistada de haber sido diagnosticada como hipertensa por un médico.



En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial fue 21,7% en personas de 15 y más años.

19,1%



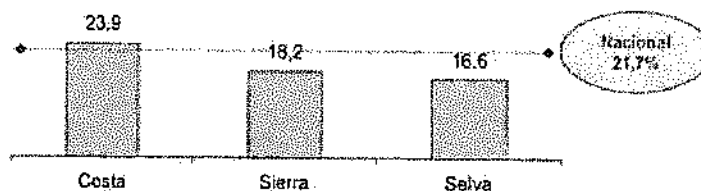
Los hombres fueron más afectados que las mujeres.

24,5%



Según, región natural, la mayor proporción fueron residentes de la Costa con 23,9%, seguido de la Sierra y Selva con 18,2% y 16,6%, respectivamente.

PERÚ: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y DIAGNÓSTICO, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2020 (Porcentaje)



DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar niveles altos de azúcar en la sangre (glucemia). La causa de esta afección se puede deber a un funcionamiento incorrecto del páncreas (glándula que normalmente produce la hormona insulina) o por una respuesta inadecuada del organismo ante esta hormona.



En el Perú, el 4,5% de personas de 15 y más años fue diagnosticada de diabetes mellitus por un médico alguna vez en su vida.

4,8%



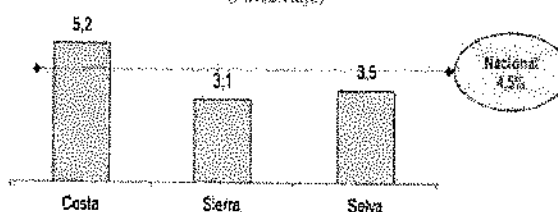
Tiende a ser mayor en las mujeres que en los hombres.

4,1%



Asimismo, por región natural, en el 2020, el mayor porcentaje de personas con diabetes mellitus se encuentra en la Costa (5,2%), y en menor porcentaje en la Sierra (3,1%) y Selva (3,5%).

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2020 (Porcentaje)



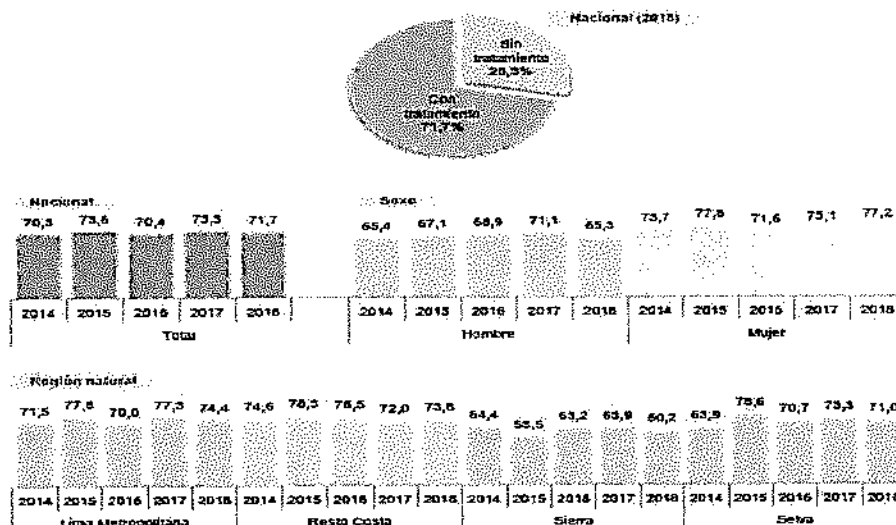
Diabetes Mellitus y tratamiento médico en los últimos 12 meses.

El tratamiento médico se refiere a la información reportada de haber recibido y/o comprado medicamentos con receta para tratar la diabetes mellitus diagnosticada por un médico. En el 2018, entre las personas que refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes, 71,7%, recibieron y/o compraron los medicamentos con receta médica al menos una vez, para controlar la enfermedad. Se advierte una disminución de 1,6 puntos porcentuales con respecto al 2017. Fue mayor en la población femenina (77,2%) con respecto a la masculina (65,3%).

Por región natural, en el 2018, las personas de 15 y más años de edad que accedieron a medicamentos para tratar la diabetes fueron en Lima Metropolitana el 74,4%; seguido de Resto Costa con 73,8%, Selva con 71,0%; y menor porcentaje en la Sierra con 60,2%.



PERÚ PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITAS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014-2018 (Porcentaje)



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

Sobrepeso y obesidad.

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.)

a) Índice de masa corporal.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos de una persona por el cuadrado de su talla expresado en metros (kg/m²). Según grupo de edad, se clasifica a las personas con sobrepeso y obesidad de acuerdo a la magnitud de su IMC.

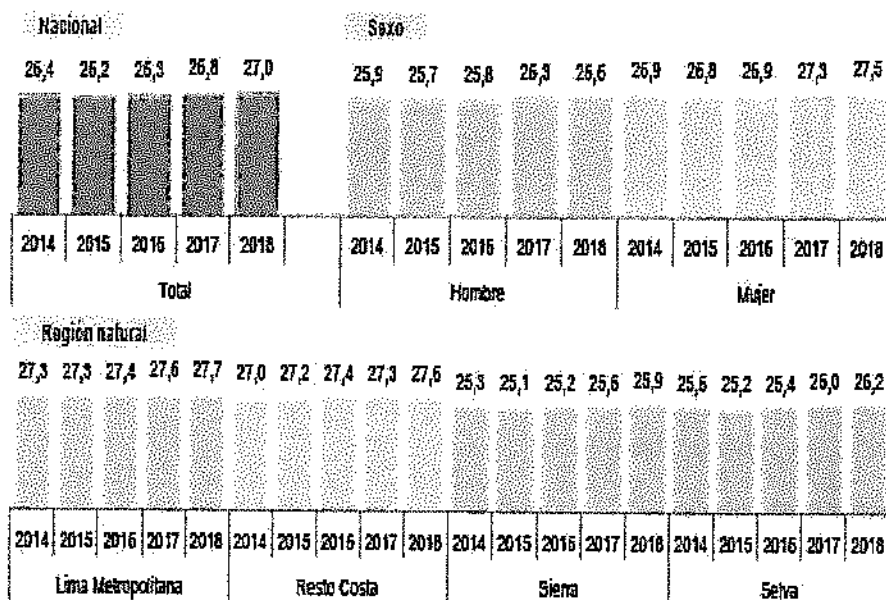
Grupos de edad ^a	Categoría		$IMC = \frac{\text{peso}}{(\text{talla})^2}$
adolescentes (15 a 17 años) ^b	IMC para la edad > 10 E ^b	IMC para la edad > 2 DE	
adultos (18 a 69 años) ^{c,d}	25 kg/m ² ≤ IMC < 30 kg/m ²	IMC ≥ 30 kg/m ²	
adulto mayor (60 a más) ^e	26 kg/m ² ≤ IMC < 32 kg/m ²	IMC ≥ 32 kg/m ²	

En consecuencia, el índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Dicho índice se correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.



En el 2018, el índice de masa corporal promedio de las personas de 15 y más años de edad fue 27,0 kg/m², lo que significa que se trata de una población con sobrepeso. En tanto, en el 2017 el IMC fue de 26,8 kg/m². Este índice es más elevado en las mujeres (27,5 kg/m²) que en los hombres (26,6 kg/m²). Según región natural, en Lima Metropolitana (27,7 kg/m²) y en Resto Costa (27,6 kg/m²) residen las personas con mayor IMC en promedio. Este promedio disminuye ligeramente en la Sierra y Selva, 25,9 kg/m² y 26,2 kg/m² de IMC, respectivamente.

PERÚ: ÍNDICE DE MASA CORPORAL PROMEDIO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014-2018



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

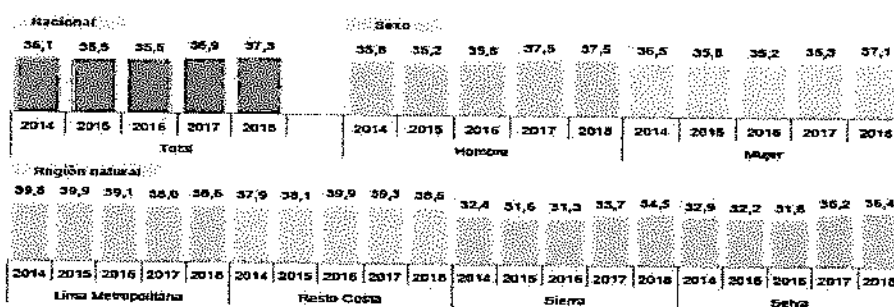
b) Sobrepeso.

El índice de masa corporal estima bastante bien el nivel de grasa corporal, pero en personas físicamente muy activas o en los deportistas no es un buen indicador de sobrepeso u obesidad. Asimismo, para el cálculo del indicador no se incluyó a las mujeres embarazadas.

En el 2018 el 37,3% de las personas de 15 y más años de edad, presentan sobrepeso. Esta situación se ha incrementado en 0,4 puntos porcentuales en comparación con el 2017. Según sexo, el 37,5% de los hombres y el 37,1% de las mujeres tenían sobrepeso, en el momento de la encuesta.

En Lima Metropolitana y Resto Costa el 38,6% de personas de 15 y más años de edad resultaron con sobrepeso, seguido de Selva con 36,4% y Sierra con 34,5%.

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014-2018 (Porcentaje)



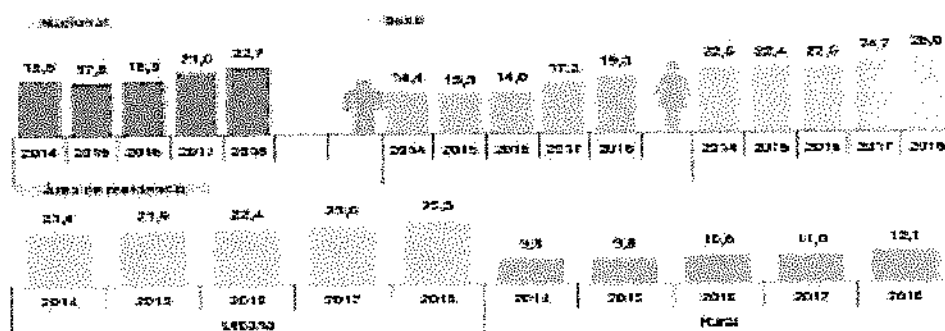
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.



c) Obesidad.

La obesidad expresa la existencia de un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. La determinación de este indicador se basa en la medición efectuada en forma objetiva, durante la entrevista. Asimismo, para el cálculo del indicador no se incluyó a las mujeres embarazadas. En el 2018, la ENDES encontró que el 22,7% de las personas de 15 y más años de edad sufren de obesidad. En el 2017 esta prevalencia fue de 21,0%. En la distribución por sexo, el 26,0% de personas obesas son mujeres y el 19,3% son hombres. Según área de residencia, en el área urbana el 25,3% padece de obesidad y

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON OBESIDAD PREVALENCIA, SEGÚN SEXO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2014-2018



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

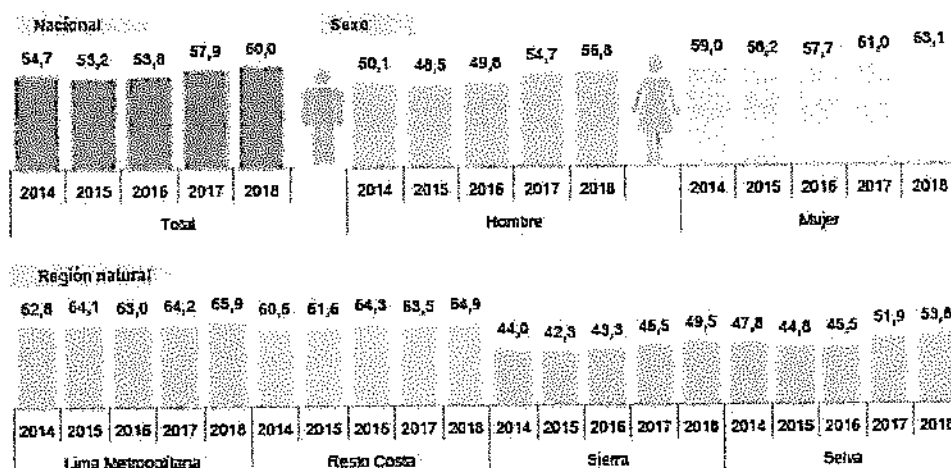
en el área rural el 12,1%.

d) Exceso de peso.

El exceso de peso¹⁷ incluye las situaciones de sobrepeso y de obesidad, se definen como una acumulación de grasa anormal o excesiva que puede ser perjudicial para la salud que, en general, se ven ocasionados por un aumento del consumo energético y de alimentos de elevado contenido energético, junto a una disminución del gasto por actividad física y el aumento del sedentarismo.

En la población de 15 y más años de edad, el 60,0% padece de exceso de peso, valor que se ha incrementado en 2,1 puntos porcentuales con respecto al año 2017. Las mujeres tienen mayor exceso de peso, 6,3 puntos porcentuales más que los hombres (63,1% frente a 56,8%). Por región natural, es más elevado el porcentaje de exceso de peso en Lima Metropolitana (65,9%) y Resto Costa (64,9%), que en la Selva (53,8%) y la Sierra (49,5%).

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON EXCESO DE PESO, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014-2018



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



SALUD OCULAR.

La salud ocular consiste en la ausencia de enfermedades en el sentido de la vista y estructura de los ojos, así como buena agudeza visual. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de personas con impedimento visual debido a enfermedades oculares y errores refractivos no corregidos es de 314 millones. Asimismo, estima que de dicho total de personas con impedimento visual, 45 millones de personas son ciegas y de estas últimas, el 18% se debe a errores refractivos no corregidos. En el Perú los problemas visuales constituyen la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300 000 personas con discapacidad visual severa, en adición a 160 000 ciegos por diversas causas; de los cuales, solo un tercio cuenta con algún tipo de seguro y el resto tiene problemas de accesibilidad a los servicios de salud, agravados por su situación de pobreza.

Retinopatía de la Prematuridad.

La retinopatía de la prematuridad (ROP) es una enfermedad potencialmente grave que se presenta en recién nacidos de pre término y que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo. La ROP es una de las principales patologías causantes de ceguera prevenible en niños. De manera que todos los niños prematuros en riesgo deben ser objeto de tamizaje neonatal, con el fin de detectar la ROP y, con ello, evitar la progresión de la enfermedad, que puede llevar a discapacidad visual o ceguera.

La principal causa asociada a la ROP es la administración de oxígeno con un control inadecuado en las salas de parto y en las unidades de cuidados neonatales.

Clasificación Internacional de la ROP.

En 1984, 23 oftalmólogos de 11 países formaron un comité y desarrollaron la Clasificación Internacional de la Retinopatía de la Prematuridad (ICROP & The Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity, 1984). Esta clasificación involucra tres parámetros: la localización (zona), la extensión (en horas de reloj) y la gravedad (estadio). Esto permitió una clasificación anatómica uniforme y que las técnicas de tratamiento pudieran ser comparadas de manera homogénea en los estudios clínicos realizados a nivel mundial. La ROP es una de las principales patologías causantes de ceguera prevenible en niños (Marroquín G, 2006). Por lo tanto, en todos los niños prematuros en riesgo se debe realizar tamizaje neonatal con el fin de detectar la ROP y, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad que puede llevar a discapacidad visual o ceguera (A.A.O, 2013; Holmstrom, el Azazi, Jacobson, & Lennerstrand, 1993). La gran mayoría de los casos de ROP aparecen en los niños prematuros con menos de 1500 gramos de peso al nacer o con menos de 32 semanas de edad gestacional (Palmer et al., 1991). Gracias a los avances en el campo de la perinatología y en especial de la neonatología, ha aumentado la supervivencia de los recién nacidos prematuros de muy bajo peso, lo que produce un incremento de esta patología. También se presentan "casos inusuales" de ROP, que pueden aparecer en recién nacidos de mayor peso y edad gestacional al nacimiento, y que reciben oxígeno o que presentan otros factores de riesgo. En términos generales, en los países con alto nivel de ingreso, la ROP afecta a niños menores de 1000 gramos de peso al nacimiento, con muy baja edad gestacional y es raro ver casos en los niños de 1250 gramos o más. Tampoco se suelen presentar casos inusuales, ni oportunidades perdidas para un tratamiento oportuno (Lomuto et al., 2010). La ROP es la causa de ceguera infantil más frecuente en países con alto nivel de ingreso. En Estados Unidos, nacen cada año de 14 000 a 16 500 niños prematuros con peso menor a 1250 gramos. De estos niños, más o menos entre 9000 y 10 500 desarrollan algún grado de ROP y, de este grupo, aproximadamente 1000 a 1500 recién nacidos prematuros requerirán tratamiento y entre 400 y 600 tendrán un desenlace visual desfavorable (Blanco Teijeiro, 2006).

En los países de bajos y medianos ingresos, estas estadísticas pueden tener grandes variaciones de un país a otro y dentro del mismo país. La ROP puede afectar hasta al 34% de los prematuros con menos de 1500 gramos de peso al nacer, de los cuales del 6% al 27% requerirán tratamiento (Lomuto et al., 2010).



Una revisión sistemática identificó las prevalencias poblacionales de ROP en Latinoamérica: Argentina (2010): 26,2% de todos los niños prematuros; Bolivia (2002): 14,3%; Brasil (2010): 9,3%; Chile (2004): 12,3; Cuba (2010): 5,1%; Guatemala (2010): 13%; Nicaragua (2004): 23,8%; Perú (2007): 19,1% (ZimmermannPaiz & Quiroga-Reyes, 2011). Datos provenientes de México (2011) reportan una prevalencia de 9,4% (Grupo ROP Argentina, 2016,) y Colombia (2016) reporta 3,19% por cada 10 000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Con base en estos factores, la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante su programa Visión 2020, incluye el manejo de esta patología dentro de sus políticas prioritarias para mejorar la salud visual y reducir la prevalencia de ceguera prevenible (World Health Organization, 2007). Entre las intervenciones para la reducción de la ceguera asociada a ROP, se propone la creación de programas de diagnóstico y tratamiento, la disminución de las barreras de acceso a los servicios especializados en salud visual, el entrenamiento de profesionales en el diagnóstico de la ROP mediante oftalmoscopia indirecta en los recién nacidos de pretérmino, y el tratamiento quirúrgico oportuno en los recién nacidos con ROP (World Health Organization, 2007). Debido a estas consideraciones, se vuelve necesario establecer los lineamientos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía de la prematuridad en la población latinoamericana.

El Perú cuenta a nivel nacional con unidades de cuidados intensivos neonatales de un nivel tecnológico variable, lo que ha permitido mayor supervivencia de los neonatos prematuros menores de 1500 gramos, aumentando por ende el riesgo a desarrollar ROP. En un estudio que se realizó entre 1998 y 2001 en el Instituto Nacional del Niño, se reportó el 44.9% de casos de ceguera infantil se debió a enfermedades perinatales. En el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2003, la incidencia de ROP de cualquier grado en la población de sobrevivientes nacidos con un peso menor de 1500g al nacer fue de 70.6% (5.45 x 1000 nacidos vivos); alta en relación a otros países.

Prevención de la retinopatía del prematuro.

Los avances en el manejo del niño prematuro no solo están orientados en la sobrevivencia de niños cada vez con menor peso y edad gestacional, sino en evitar las secuelas derivadas de la prematuridad. Una de las más temidas es la ceguera o retinopatía del prematuro. El uso en exceso de oxígeno sumado a la inmadurez de los vasos sanguíneos de la retina condiciona la proliferación desordenada de vasos sanguíneos, y esto, el desprendimiento de retina y la consecuente ceguera.

El incremento de bebés con muy bajo peso al nacer se ha multiplicado como en todo el mundo (figura 1). Asimismo ha aumentado el número de embarazos múltiples, la mayoría de ellos como resultado de reproducción asistida (tabla 3).

FIGURA 1. PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 g EN EL HOSPITAL NACIONAL EDUARDO REAGLIANI MARTÍN.

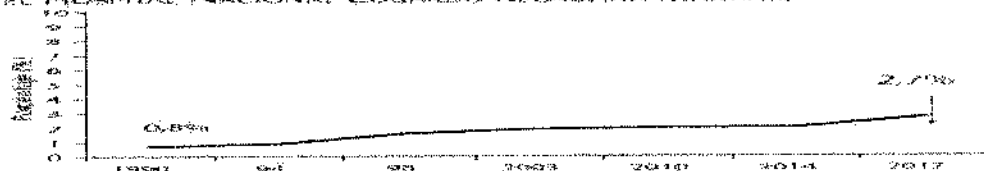


TABLA 3. NÚMERO DE EMBARAZOS MÚLTIPLES, HOSPITAL NACIONAL EDUARDO REAGLIANI MARTÍN 2004-2008.

	2004	2005	2006	2008	2017
Total Nacim.	7 626	7 329	6 641	7 248	6 511
Gemelos	155	155	158	177	169
Trizos	7	2	6	13	6
Cuádrizos	0	1	0	0	0

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica INERN



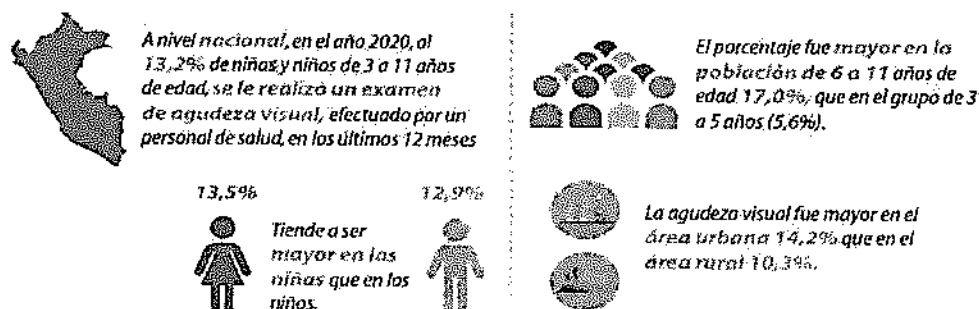
Niñas y niños de 3 a 11 años de edad.

a) Valoración de agudeza visual realizada por personal de salud.

Estos resultados se refieren a la información reportada por la persona responsable de la salud de la niña o niño de 3 a 11 años, generalmente la madre, sobre el examen administrado por personal de salud para medir la agudeza visual del menor.

La agudeza visual es la capacidad para discriminar claramente los detalles finos en objetos que están situados a una distancia determinada. Esta capacidad oscila entre la visión completa y la falta de visión. Así, para una distancia constante al objeto, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, tiene más agudeza visual que otro que no la ve.

La valoración de la agudeza visual se realiza a través de un examen que consiste en distinguir letras en una cartilla, gráfica o tabla de Snellen. Para personas que no saben leer se usa otra prueba denominada Test de Lea, en la cual los símbolos a identificar son cuatro figuras (casa, manzana, círculo y cuadrado).



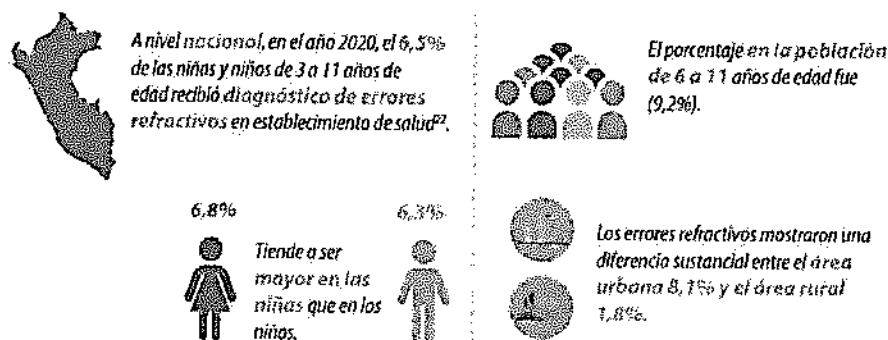
b) Diagnóstico de errores refractivos.

Los errores refractivos o errores de refracción son trastornos oculares muy comunes, en los que el ojo no puede enfocar claramente las imágenes. El resultado es la visión borrosa, que a veces resulta tan grave que causa discapacidad visual.

Los tres errores de refracción más comunes son la miopía (dificultad para ver claramente los objetos distantes); la hipermetropía (dificultad para ver claramente los objetos cercanos); y el astigmatismo (visión distorsionada debido a la curvatura anormal de la córnea, que es la superficie transparente que cubre el globo ocular). Un cuarto trastorno es la presbicia, que tiene como consecuencia la dificultad para leer o enfocar bien a un brazo de distancia. Se distingue de los otros trastornos en que se asocia al envejecimiento y afecta a todas las personas con edad avanzada.

Los errores de refracción no pueden prevenirse, pero pueden diagnosticarse en un examen oftalmológico y tratarse con anteojos correctores, lentes de contacto o cirugía refractiva.

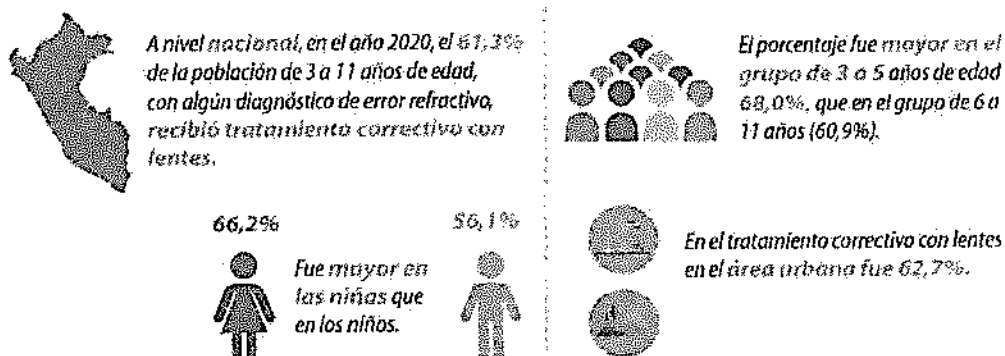
La OMS calcula que en el mundo hay 153 millones de personas con discapacidad visual debido a errores de refracción no corregidos. Esta cifra no incluye a las personas con presbicia no corregida, que según indican algunas pruebas preliminares representan probablemente una proporción muy significativa.



c) Tratamiento correctivo con lentes.

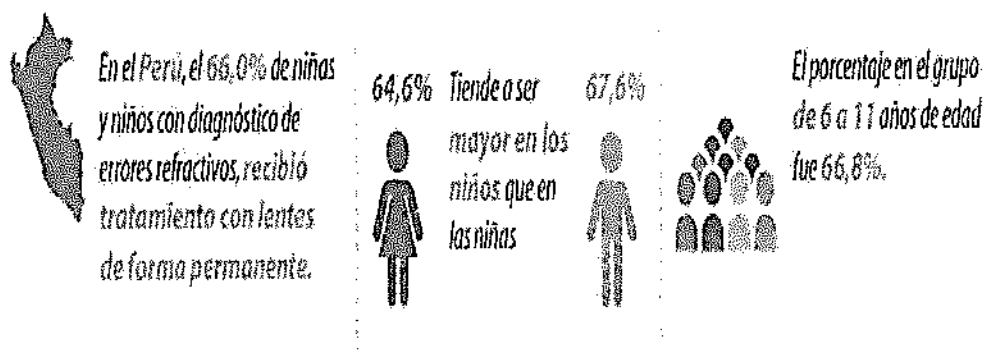
A nivel nacional, el tratamiento correctivo con lentes, en menores de 3 a 11 años de edad con algún diagnóstico de error refractivo fue de 65,4%. Proporción que se ha incrementado 2,2 puntos porcentuales respecto a 2017 (63,2%). Este porcentaje fue menor en niños (63,1%) que en niñas (66,2%); y, por grupo de edad fue más alto en el grupo de 3 a 5 años (68,7%) frente al grupo de 6 a 11 años (60,9%).

Asimismo, el tratamiento correctivo con lentes, mostró importantes diferencias entre los menores según ámbito geográfico. Por área de residencia, la mayor proporción se observa en el área urbana (67,7%). Por región natural, el mayor porcentaje se registra en Lima Metropolitana (74,3%), seguido por la Sierra (63,6%), Resto Costa (57,6%) y la Selva (42,0%).



d) Tratamiento con lentes de forma permanente.

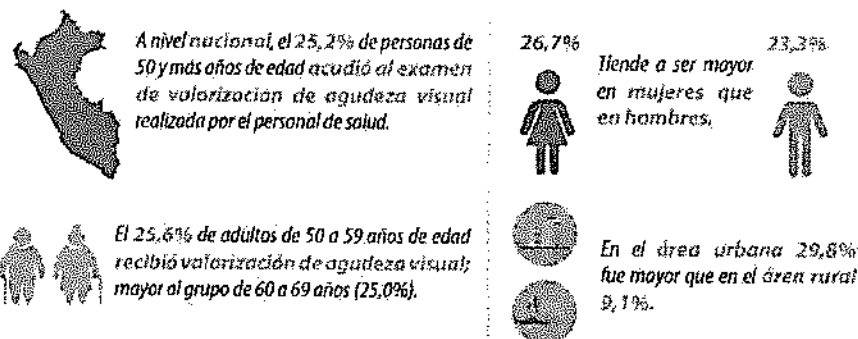
En la ENDES 2018, el 74,2% de las niñas y niños que fueron diagnosticados con errores refractivos reciben tratamiento con lentes en forma permanente, porcentaje mayor que en 2017 (65,9%). Según sexo, el acceso a este tratamiento fue mayor en los hombres que en las mujeres (76,3% frente a 72,4%). Asimismo, en el grupo de niñas y niños de 6 a 11 años es mayor (en 3,9 puntos porcentuales) que en el grupo de 3 a 5 años.



Personas de 50 y más años de edad.

a) Valoración de agudeza visual realizada por personal de salud

A nivel nacional, el 25,2% de personas 50 y más años de edad, reportó haber acudido a realizarse un examen de valoración de agudeza visual por personal de salud en el año 2020.

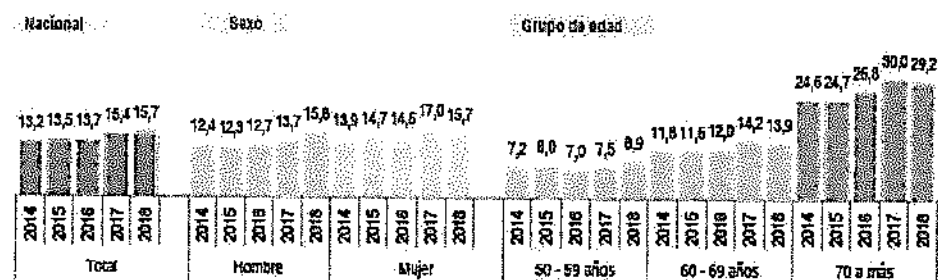


b) Diagnóstico de cataratas.

En medicina oftalmológica, se llama catarata a la opacificación total o parcial del cristalino. A nivel mundial, se estima que el 35% de los casos de ceguera (12,6 millones) y el 25% de los casos con discapacidad visual moderada a grave (54,2 millones) se deben a cataratas no operadas. El 81% de los casos con ceguera o discapacidad visual moderada a grave (205 millones) son mayores de 50 años. Con una población de edad avanzada en aumento, más personas estarán en riesgo de sufrir discapacidad visual por enfermedades oculares crónicas. La operación de cataratas constituye una de las intervenciones sanitarias con más alto costo-beneficio.

A nivel nacional, el 15,7% de las personas encuestadas de 50 y más años de edad manifestó haber recibido el diagnóstico de catarata. En el 2017, el 15,4% recibió este diagnóstico. Según sexo, el porcentaje de hombres (15,8%) que recibió el diagnóstico de catarata fue ligeramente mayor que en las mujeres (15,7%). Por grupo etario, este problema se presentó principalmente en personas de 70 y más años de edad (29,2%).

PERÚ. PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON EL DIAGNÓSTICO DE CATARATAS, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014-2018 (Porcentaje)

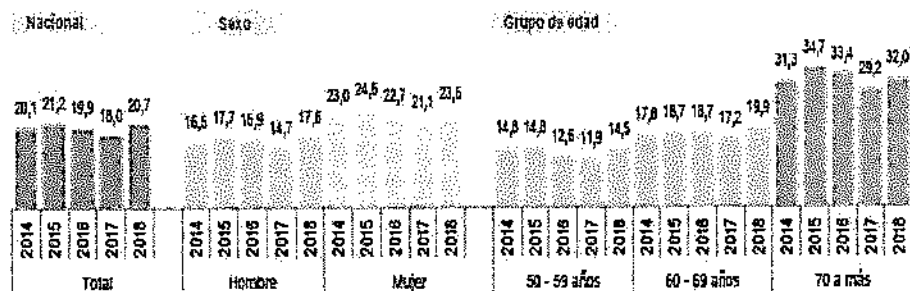


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

c) Dificultad para ver de lejos.

A nivel nacional, el 20,7% de personas de 50 y más años de edad, reportó dificultad para ver de lejos. Visto por sexo, este problema es mayor entre mujeres (23,6%), que entre hombres (17,6%). Asimismo, es más frecuente en el grupo de 70 y más años de edad (32,0%).

PERÚ: PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIFICULTAD PARA VER DE LEJOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014-2018 (Porcentaje)



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

SALUD BUCAL.

La salud bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial (perteneciente a la boca y a la cara) crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad 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.

En el Perú, la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal constituye uno de los 12 principales problemas sanitarios del país.

Según el Estudio Epidemiológico realizado a nivel nacional los años 2001-2002, la prevalencia de caries dental es de 90,4%; además en lo que se refiere a caries dental, el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años de edad es de aproximadamente seis. El Perú es un país en estado de emergencia, según la Organización Panamericana de la Salud.

Niñas y niños de 1 a 11 años de edad

a) Prácticas de salud bucal

Las prácticas de salud bucal se refieren a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro.

El ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal es una actividad poco frecuente entre la población de 1 a 11 años de edad.



A nivel nacional, el 25,2% de niñas y niños de 1 a 11 años de edad realizó buenas prácticas de salud bucal.



El 25,7% de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad realizó buenas prácticas de higiene bucal; mayor que en el grupo de 3 a 5 años (25,0%).



23,8% Esta buena práctica fue mayor en los niños que en las niñas.



En el área urbana 27,3%.



En el área rural 19,0%.

Según ENDES 2020.

b) Atención en un servicio odontológico.

En el 2020, el 19.6% de las niñas y niños menores de 12 años de edad recibió atención odontológica en los últimos seis meses.



A nivel nacional, el 19,6% de niñas y niños menores de 12 años de edad se atendió en un servicio odontológico en los últimos seis meses.



En el grupo de 6 a 11 años de edad fue 22,1% y en el grupo de 3 a 5 años fue 21,2%.



19,7%

La atención fue similar en niñas y niños.



19,5%



En el área urbana 21,0% fue mayor que en el área rural 15,4%.

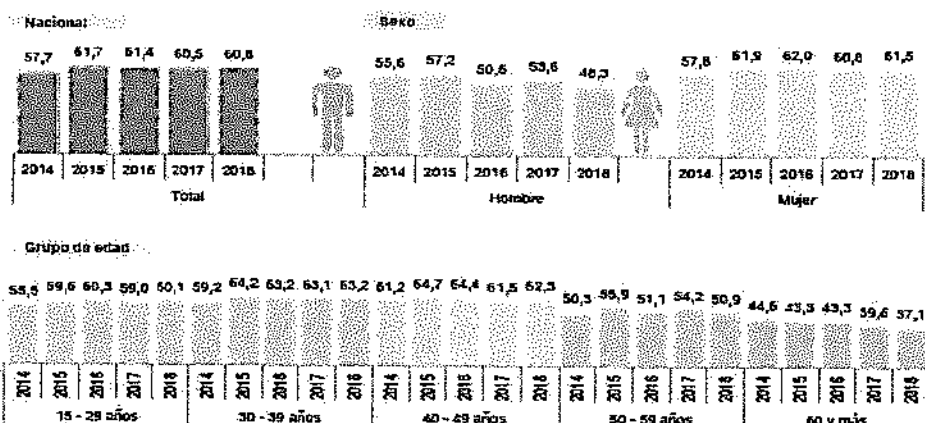
Responsables del cuidado de niñas y niños, menores de 12 años, informados sobre prácticas de Salud bucal.

Información sobre prácticas de salud bucal.

La información sobre prácticas de salud bucal, se refiere a los conceptos teóricos que ha recibido la persona responsable de los menores para el cuidado bucal de ellos, independientemente de la fuente o medio de donde proviene esta información.

En el país, en el 2018, el 60,8% de los responsables del cuidado de menores de 12 años, recibió información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. Esta situación de acceso a información aumentó 0,3 puntos porcentuales con respecto a 2017 (60,5%). Según sexo, el mayor porcentaje se encontró en las mujeres, 61,5%, que, en los hombres, 48,3%. Según grupo de edad, más del 60% de los responsables que recibieron información tienen de 15 a 49 años de edad.

PERÚ RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD QUE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014-2018 (Porcentaje)



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

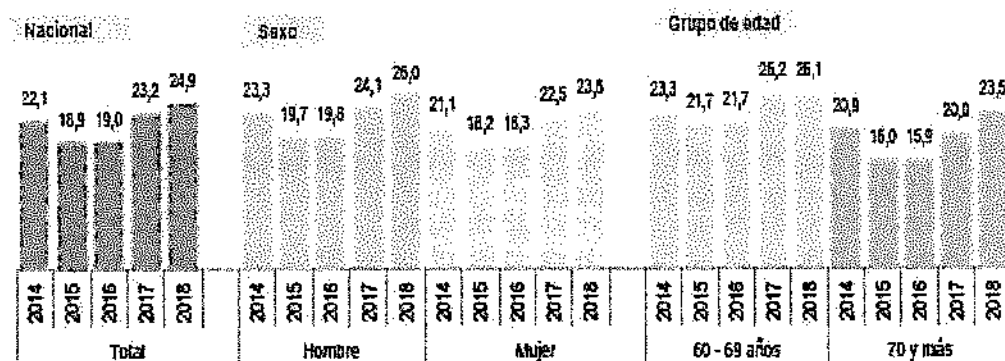
Personas de 60 y más años de edad.

Atención en un servicio odontológico.

La población de adultos mayores es más propensa a tener enfermedades de dientes y encías y por lo tanto requiere tratamiento. La concurrencia a servicios odontológicos es una actividad poco frecuente entre la población de 60 y más años de edad. Asimismo, es notablemente menor entre los residentes rurales.

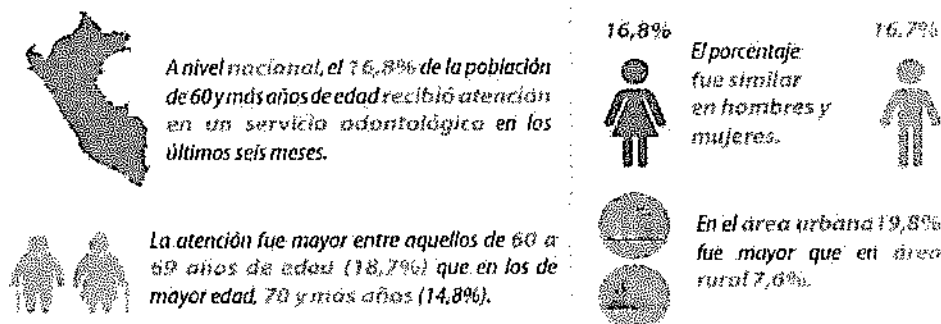
En el país, en el 2018, el 24,9% de este colectivo fue atendido en un servicio odontológico en los últimos 12 meses, con un incremento de 1,7 puntos porcentuales con respecto a 2017 (23,2%). Según sexo, el porcentaje fue mayor en hombres (26,0%), que en mujeres (23,8%). Por grupos de edad, fue mayor entre aquellos de 60 a 69 años (26,1%) que entre los de mayor edad (23,5%).

PERÚ: PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2014-2018
(Porcentajes)



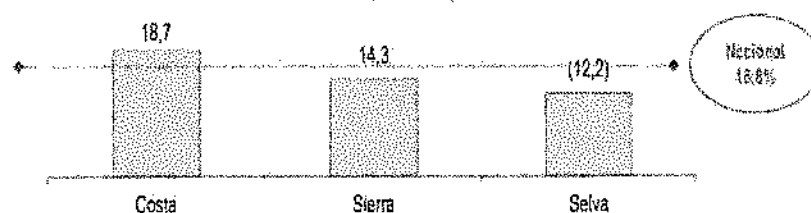
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según ENDES 2020, el 16,8% de la población de 60 años a más de edad recibió atención en un servicio odontológico en los últimos seis meses.



Se halló diferencias entre las regiones naturales, con mayor porcentaje en la Costa (18,7%), en comparación con la Sierra (14,3%) que registro un menor porcentaje.

PERÚ: PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2020
(Porcentajes)



VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO:

- ✓ Reuniones en forma periódica con los centros de costo y el equipo técnico del Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles.
- ✓ Fortalecimiento de las competencias del personal de la salud para el seguimiento y monitoreo de las acciones e intervenciones en los servicios.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de información en salud para la mejora del monitoreo y evaluación de las intervenciones relacionadas con las ENT.
- ✓ Análisis de las brechas de inequidades de las enfermedades no transmisibles.

IX. INDICADORES:**SALUD OCULAR:**

PRODUCTO: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTALMOLOGICA DEL PREMATURO (3000009)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Recién nacidos prematuros con tamizaje de retinopatía de la prematuridad.	Sistema de información en Salud (HIS) Reporte de la ESSOyPC.	II-1, II2, III-1 y III2



PRODUCTO: CONTROL Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTALMOLOGICA DEL PREMATURO (3000010)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Recién nacidos prematuros con retinopatía de la prematuridad con tratamiento.	Sistema de información en Salud (HIS) Reporte de la ESSOyPC.	II-1, II2, III-1 y III2

PRODUCTO: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS (3000014)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo	Sistema de información en Salud (HIS) Reporte de la ESSOyPC.	I3, I4, II-1, II2, III-1, III2 y DIRESA

PRODUCTO: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTE CON CATARATAS (3000012)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Personas de 50 años de edad a más con tratamiento de ceguera por catarata.	HIS Registro de la ESSOyPC.	I4, II-1, II2, III-1, III2 y DIRESA

PRODUCTO: BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL (3000016)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Porcentaje de personas con hipertensión y alteraciones metabólicas (sobrepeso, obesidad y dislipidemias) que reciben tratamiento.	Reporte HIS	I-2 al III2

PRODUCTO: BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES (3000017)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Porcentaje de personas con diabetes que reciben tratamiento.	Reporte HIS	I-2 al III2



PRODUCTO: ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA (3000680)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Gestante, niños o adultos mayores que recibieron las atenciones preventivas correspondientes a su grupo o condición.	Reporte HIS	Establecimientos de Salud que tengan población asignada y AISPED.

PRODUCTO: ATENCION ESTOMATOLOGICA RECUPERATIVA (3000681)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Gestante, niños o adultos mayores que recibieron atenciones recuperativas correspondientes a su grupo o condición.	Reporte HIS	Establecimientos de Salud que tengan población asignada y AISPED.

PRODUCTO: ATENCION ESTOMATOLOGICA ESPECIALIZADA (3000682)

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
Gestante, niños o adultos mayores que recibieron atenciones especializadas correspondientes a su grupo o condición.	Reporte HIS	Establecimientos de Salud que tengan población asignada y AISPED.

Indicador	Fuente de información verificable	Categorías de establecimientos en los que se evalúa
(OEG1) Organizar e implementar un modelo de cuidado integral de la salud para todos y por todos	Reducción de la prevalencia de enfermedades no transmisibles (Ppr 018)	PROPORCIÓN DE CASOS DE CATARATAS RECUPERADAS
		N° de casos recuperados *100/ N° de casos diagnosticados
		0%
		PROPORCIÓN DE PERSONAS ATENDIDAS QUE RECIBE PAQUETE DE TRATAMIENTO DE ERRORES REFRACTARIOS
		N° de personas con errores refractarios que reciben el paquete de tratamiento según definiciones operacionales *100/ Total de personas atendidas con factores de riesgo
		0%
		PORCENTAJE DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS ESPECIALIZADAS
		N° de personas con enfermedad bucal para atención estomatológica especializada *100/ Población programada con enfermedad de cavidad bucal para atención estomatológica especializada
		100%
		PORCENTAJE DE ATENCIONES EN CIRUGÍAS BUCALES
		N° de personas con enfermedad bucal que reciben tratamiento de cirugía bucal *100/ Total de personas atendidas con factores de riesgo de enfermedad de cavidad bucal.
		100%



X. RESPONSABILIDADES:

- ✓ Gerenciar el Programa Presupuestal para el logro de los objetivos y resultados, incluye procesos de planificación, programación, monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Presupuestal. Se realizará de manera conjunta integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, Planeamiento y Presupuesto entre otros).
- ✓ Se presentaran informes que deben contener como mínimo resultado de ejecución de metas físicas y financieras y evaluación de indicadores de desempeño.
- ✓ Los Responsables de los Centros de costo pertenecientes al Programa Presupuestal Enfermedades No Transmisibles son los siguientes:

DIRECTORIO DE LOS CENTROS DE COSTOS PERTENECIENTES AL PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES					
CENTRO DE COSTO	NOMBRES Y APELLIDOS	OCUPACION	CARGO FUNCIONAL	E-MAIL	TEEF ANEXO
DPTO. ODONTOESTOMATOLOGIA	RUDI CAHUANA ROJAS	ODONTOLOGA	JEFE DEL DPTO.	rudicahuana21@hotmail.es	5482010
DPTO. MEDICINA	ANTONIO ARAUJO FARJE	MEDICO	JEFE DEL DPTO.	departamentodemedicina1@gmail.com	5482010 anexo 125
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA	JOHNNY ZUMAETA DIAZ	MEDICO	JEFE DEL SERVICIO	johnny.zumaeta@gmail.com	5482010 anexo 212
PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	DEYSI RAMIREZ TUANAMA	LIC.ENFERMERA	COORD. PPR018	deysirt25@hotmail.com	5482010

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Ver anexo: Cuadro N° 01. Programación de Metas Físicas 2022.

Ver anexo: Cuadro N° 02. Cronograma de Actividades – 2022.

XII. BIBLIOGRAFIA:

- ✓ R.M. N° 229-2016/MINSA. Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016- 2020. Lima 06 de abril del 2016.
- ✓ PROGRAMAS PRESUPUESTALES 0018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD OCULAR, DIABETES MELLITUS 2, HIPERTENSION ARTERIAL, SALUD BUCAL Y METALES PESADOS).
- ✓ PLAN DE ACCION PARA LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS AMERICAS 2013 – 2019. OPS. OMS.
- ✓ Anexo N° 02: Programa Presupuestal 0018 – Programa Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud, Directiva N° 002-2016-EF/50.01 Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01.
- ✓ ENDES 2018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.
- ✓ ENDES 2020. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

XIII. ANEXOS:

CUADRO N° 01: Programación de Metas Físicas 2022.

CUADRO N° 02: Cronograma de Actividades – 2022.



PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
 Lic. Enf. DEYSI RAMIREZ TUANAMA
 CEP N° 36947
 COORDINADORA DEL PROGRAMA
 PRESUPUESTAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

CUADRO N° 01: Programación de Metas Físicas 2022.

ENTIDAD HOSPITAL CARLOS LAFRANCO LA HOZ

OBJETIVO GENERAL: OGC CONTINUAR EN LA DISMINUCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, MEDIANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

RESULTADO ESPERADO	COD	PRODUCTO	CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	U.M.	CÓDIGO DEL SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO	U.M.	META ANUAL	PROGRAMACIÓN ANUAL 2022											
										I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
										ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, SALUD MENTAL, RUGAL DOLAR, METABOLICAS, PRESIONES ARTERIALES Y DIABETES MELITUS.	300000	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA	500000	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA EN NIÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES	PERSONA TRATADA	300000	ANEXIÓN DE SELLOS	PERSONA TRATADA	3780	946	313	315	317	319	321	323	325	327	329	331	333
									48	11	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
									51	13	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
									182	38	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
									103	25	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	300001	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA	500001	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA EN NIÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES	PERSONA TRATADA	300001	EXAMEN ESTOMATOLÓGICO	PERSONA TRATADA	794	198	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
									1848	462	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154	154
									794	198	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
									2456	614	203	203	203	203	203	203	203	203	203	203	203
									27	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, SALUD MENTAL, RUGAL DOLAR, METABOLICAS, PRESIONES ARTERIALES Y DIABETES MELITUS.	300002	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA	500002	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA EN NIÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES	PERSONA TRATADA	300002	CONSULTA ESTOMATOLÓGICA	PERSONA TRATADA	1474	389	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123	123
									385	91	30	30	31	31	31	31	31	31	31	31	31
									139	35	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
									405	101	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
									46	11	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	300003	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA	500003	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA EN NIÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES	PERSONA TRATADA	300003	TRATAMIENTO DE LESIONES ORALES	PERSONA TRATADA	1155	284	93	95	96	96	96	96	96	96	96	96	96
									210	53	17	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
									612	103	34	34	35	35	35	35	35	35	35	35	35
									24	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
									489	122	40	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, SALUD MENTAL, RUGAL DOLAR, METABOLICAS, PRESIONES ARTERIALES Y DIABETES MELITUS.	300004	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA	500004	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA EN NIÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES	PERSONA TRATADA	300004	TRATAMIENTO DE LESIONES ORALES	PERSONA TRATADA	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	300005	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA	500005	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA EN NIÑOS, GESTANTES Y ADULTOS MAYORES	PERSONA TRATADA	300005	TRATAMIENTO DE LESIONES ORALES	PERSONA TRATADA	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
									—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



AL CARLOS LAMERANCO LA HOZ

[illegible]

CUADRO N° 02: Cronograma de Actividades – 2022.

CUADRO N° 02: Cronograma de Actividades – 2022.

OBJETIVO GENERAL: 003 CONTRIBUIR EN LA DISMINUCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, MEDIANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

[illegible]

[illegible]

