

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

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

Matriz de vinculación del Pesem con las Políticas Nacionales

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

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

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

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

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

5.1. Seguimiento

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

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

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

5.2. Evaluación

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

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

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

5.3. Productos del proceso de seguimiento y evaluación

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

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

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Miño, L., & Taboada-Montoya, R. (2022). Efectos del cambio climático en la salud pública, 2015-2020.
- AMR revive (2016): Mundo cantidad estimada de muertes atribuidas a la resistencia a los antimicrobianos infecciosas y no infecciosas.
- André N. et. Al (2013) Rectoría y Gobernanza en Salud Pública. Revista de Salud Pública. Volumen 15 (1).
- Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev. Panam. Salud Publica. 2020;44:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>
- Carbon Brief (2022) Extreme Weather. Consultado en diciembre de 2023 ://www.carbonbrief.org/mapped-how-climate-change-affects-extreme-weather-around-the-world/.
- Cárdenas E., Juárez C., Moscoso R. & Vivas J. (2017). Determinantes sociales en salud. ESAN ediciones. <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/determinantes-sociales-en-salud>
- Celis, K. y Farías, C. (2018). Determinación e implementación de indicadores de calidad para mejorar la atención en el área de emergencias de una clínica (Tesis para optar el título de Ingeniero Industrial y de Sistemas). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.
- Cortés E., Ramírez E., Olvera J. & Arriaga Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. Alternativas en Psicología, 14(20), 78-88. Departamento de Salud de Vasco
- CEPLAN (2021) Reporte 2021. Riesgos globales y nacionales para el Perú 2021-2031. 3ra edición. Lima. Perú.
- CEPLAN (2022) Listado referencial de escenarios de corto y largo plazo. Lima, Perú.
- Díaz, J. J., & Valdivia, M. (2012). The Vulnerability of the Uninsured. Obtenido de: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/MV_JJD_Financinghealth.pdf
- Encuesta Nacional de Hogares (2021). Condiciones de vida en el Perú Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2019-2020-2021-2022
- Gómez et col. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. Rev Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene.2011.
- ICEX (2018). Estudio de mercado de la biotecnología en Estados Unidos 2018.
- ICEX (2019). Estudio de mercado de la biotecnología en Reino Unido 2019.
- INEI (2019). Programa de Prevención y Control del Cáncer. Lima, Perú.
- INEI (2020) Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico. Lima, Perú.
- INEI (2021) Situación de la Población Adulta Mayor. Lima, Perú.
- INEI (2022) Perú Brechas de Genero 2022, Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres. Lima, Perú.
- INEI (2022) Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales. Lima, Perú.
- INEI (2023) Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. Lima, Perú.
- INEI (2023) Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022. Informe Técnico. Lima, Perú.

- Knaut, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., & Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Suplemento 2. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, 85-95. Obtenido de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5031>
- Launay, C. (2005) La Gobernanza: Estado, ciudadanía y renovación de lo político. Política y Sociedad.
- La República (2023) Dengue en Perú: evolución de casos y fallecidos por la enfermedad. Consultado en diciembre de 2023. Lima, Perú
- Lozada, M. (2010). Riesgo de familias peruanas en incurrir en gasto catastrófico en salud. Obtenido de <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1513?locale-attribute=en>
- M. Estrada (2019) El 70% de las viviendas son informales y muy vulnerables a sismos, aseguró el ministro de vivienda, Consultado en diciembre de 2023 R. Noticias, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2015) Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995 - 2012. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2022) Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud. Lima, Perú.
- Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1223-49.
- Naslund-Hadley E., Ramos M., Paredes J., Bolivar A. & Wilches-Chaux G. (2015). Garantizar entornos saludables. Ministerio de Salud de Colombia
- ONP (2022) Boletín Estadístico – Oficina de Normalización Previsional. Lima, Perú.
- Organización Meteorológica Mundial (2021) El estado del clima en América Latina y el Caribe. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (3.a ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Fortalecimiento de la formación de recursos humanos para la salud: plan estratégico 2018-2023
- Organización Panamericana de la Salud(2020) Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas, Una renovación para el siglo XXI Marco conceptual y descripción.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Serie N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía de Buenas Prácticas Regulatorias para la Región de las Américas
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. una renovación para el siglo XXI. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (3.a ed.).
- Organización Mundial de la Salud (2021) Guidance for Health Information System Governance

- Organización Mundial de la Salud (2021) Cobertura sanitaria universal. Recuperado el 19 de 06 de 2023, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Panamericana de la Salud. (s.Año) Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Ainhoa Ruiz-Azarola, Lilisbeth Perestelo-Pérez. Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Núm. S1. páginas 158-161 (Marzo 2012).
- Pedraza, C. & Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en Salud: El caso de Chile, 1997 y 2007.
- Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. An. Fac. med. v.74 n.1 Lima ene. 2013.
- Ruiza-Azarola, A et. Al (2012) Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012 Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Núm. S1.páginas 158-161 (Marzo 2012)
- S. Yauri (2017) «Escenario sísmico para Lima Metropolitana y Callao: Sismo 8.8Mw,» INDECI - DIPRE, Lima, Perú.
- SENAMHI (2021) Escenarios climáticos al 2050 en el Perú: Cambios en el clima promedio. Lima, Perú.
- SENAMHI (2023) Sistema de Monitoreo y pronóstico de sequías hidrológicas. Obtenido de: <https://www.senamhi.gob.pe/?p=monitoreo-pronostico-sequias>
- SUSALUD (2022) Porcentaje de asegurados según IAFAS a nivel nacional, Lima Perú.
- Talavera, G. (2019) Interview, Hospitales en riesgo ante eventual terremoto, advierte Federación Médica. [Entrevista].Lima, Perú.
- Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1204-22.
- Tanahashi T.(1978) Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- Ugarte, O. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.36 no.2 Lima jun./set. 2019.
- WHO (2018) Updated WHO projections of mortality and causes of death 2016-2060. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. Good governance for health. Geneva: WHO; 1998.
- Xu, K. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>

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

Tendencia N° 1 Cambios en la estructura etaria y envejecimiento de la población (CEPLAN, 2021)

En el Perú al 2030, aproximadamente el 13% de la población total pertenece al grupo etario de mayores de 60 años (4.3 millones de personas).

Este importante número de personas de la población de adultos mayores padece la carga de enfermedades crónicas, de salud mental, y sus secuelas, originando una mayor demanda por servicios de salud. Según el INEI80, el 2021, el 83,9% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico; en la población adulta masculina, los problemas de salud crónicos afectan al 70,0%. En el área rural, la proporción no varía mucho, evidenciándose presencia de problemas de salud crónicos en el 82,7% de la población adulta femenina y un 71,4% de la población adulta masculina. Para el año 2070 la población adulta mayor alcanzará el 30% de la población total, siendo los adultos de 80 años de edad o más la que crece más rápidamente.

El proceso de envejecimiento de la población mundial y nacional, asociado al aumento de la esperanza de vida de la población y al cambio en el perfil epidemiológico que supone el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, enfermedades mentales, enfermedades cardio metabólicas como la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras, también incrementarán las secuelas incapacitantes y/o discapacitantes, lo cual exigirá un mayor soporte familiar y social (mayor dependencia).

Así, el envejecimiento con incremento de la carga de enfermedad por enfermedades crónicas y degenerativas generará un impacto directo de mayor demanda por servicios de salud que atiendan dicho perfil epidemiológico. En la actualidad, los servicios de salud no están disponibles en cantidad suficiente ni son adecuados para este tipo de demanda incrementada, la infraestructura y el equipamiento biomédico es obsoleto e insuficiente; el personal de salud es insuficiente y no cuenta con la formación especializada y es carente de ciertas competencias que se requieren para un manejo integral del adulto mayor con múltiples patologías, con la necesidad de múltiples productos farmacéuticos de manejo farmacológico complejo con posibles interacciones medicamentosas relacionados al manejo de patologías concomitantes, la demanda por dispositivos médicos diversos de calidad.

Por otra parte, este nuevo panorama clínico epidemiológico exigirá de un sistema de salud con capacidad resolutoria suficiente en el primer nivel de atención y de referencia y contrarreferencia oportuno y eficaz. El modelo de cuidados integrales de servicios de salud para la población adulta mayor requerirá abordar la atención de la dependencia de las personas ya sea por discapacidad o incapacidad física y/o mental, resolviendo las barreras socioeconómicas, culturales y geográficas existentes en el Perú.

Tendencia N°2. Cambios en el patrón de enfermedades (CEPLAN, 2023 (b))

Una mayor carga de enfermedad en el sistema de salud a causa del incremento de la morbilidad de enfermedades transmisibles, no transmisibles, condiciones maternas, perinatales y neonatales, así como los traumatismos o lesiones de diversas causas; muchas de estas que generan discapacidad, generan incremento en los costos en salud, incremento del gasto de bolsillo (sobre manera el gasto empobrecedor del hogar) y del presupuesto del sistema de salud. También se observa un incremento en la desigualdad en la atención de salud, ya que los grupos socioeconómicamente desfavorecidos de bajos ingresos suelen ser los más vulnerables y menos atendidos bajo estas condiciones.

La pandemia ha visibilizado y agudizado aún más las grandes desigualdades sociales, así como las marcadas brechas y debilidades estructurales institucionales en salud, en el Perú. Las enfermedades reemergentes, emergentes y las crónicas no transmisibles, representan un problema de salud pública global. Sumado a que el comportamiento poblacional muestra mayor longevidad, los adultos mayores serán el grupo etario predominante. Las enfermedades no transmisibles entre las que destacan las enfermedades cardiometabólicas, el cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades mentales, como responsables del 70% de las muertes globales y en el Perú, sin dejar de mencionar las secuelas de la infección por el SARS CoV-2, principalmente las respiratorias; así mismo se hace relevante evidenciar la discapacidad relacionada a las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental. Lo expuesto preocupa más cuando se conoce los datos INEI acerca de la realización de algún chequeo o despistaje de cáncer por parte de la población, en 2019 mostró que las personas de 40 a 59 años de edad, residentes en Lima Metropolitana (32,7%) y Resto Costa (26,1%) presentaron un mayor porcentaje en la realización de un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses que el porcentaje en la Selva (21,8%) y en la Sierra (22,3%).

El sector sanitario peruano afronta retos significativos en la rectoría, el abastecimiento de productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos, el desarrollo de tecnologías de la información y comunicación para lograr la cobertura prestacional y financiera para todos los peruanos. Bajo este escenario la influencia de esta tendencia es variable.

Tendencia N°3. Mayor aseguramiento en salud de la población

La implementación de la Cobertura Universal de Salud, que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento fue reforzada a través de la aprobación de decretos de urgencia y otras normas, que generan mecanismos que han facilitado la afiliación de las personas a un seguro de salud, la cobertura prestacional y la cobertura financiera.

En el año 2019, el Decreto de Urgencia N°017-2019, estableció medidas para la Cobertura Universal en Salud que garantiza la protección del derecho a la salud a través del cierre de la brecha de población sin cobertura de seguro en el territorio nacional. Este DU autorizó a la IAFAS SIS a afiliar a toda la población residente en el país que no cuente con un seguro de salud independientemente de su clasificación socioeconómica, garantizando la cobertura gratuita al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). En ese sentido, antes de la publicación del decreto de urgencia mencionado, el 88,12% de la población estaba afiliada a un seguro de salud, identificando que más del 12% del total de la población residente en el Perú no contaba con un seguro de salud, viéndose beneficiada con la aprobación de dicho dispositivo legal, de esta manera se logró incrementar la afiliación a algún seguro de salud en el país. A la fecha la cobertura poblacional está por encima del 99,12% (Evaluación POI SIS. Abril

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

2023). Teniendo una distribución de las dos IAFAS principales, el SIS 69.2%, ESSALUD 24.5%, las sanidades de las fuerzas policiales y armadas 1.3%, y entidades privadas el 5%.

Una cobertura poblacional alta del SIS que no se traduce en un mayor acceso a los servicios de salud, debido a las diferentes barreras desde las socioculturales, geográficas, económicas y las organizacionales, hasta la deficiente protección financiera que se refleja en el gasto de bolsillo que al 2021 está en 28,3% del gasto corriente en salud, por encima de lo que propone la OMS, un valor no mayor al 20% y que puede representar un gasto catastrófico o empobrecedor del hogar.

La cobertura prestacional, definida como aquel asegurado que ha accedido por lo menos una vez a un servicio de salud durante el periodo de evaluación, en el caso del Seguro Integral de Salud fue de 46.10% en el 2022. Para ese mismo año, el SIS recibió el 54% del presupuesto de lo solicitado al Ministerio de Economía y Finanzas según lo que estimó necesario para cubrir el conjunto básico de prestaciones de la población beneficiaria del SIS para dicho año.

El actual funcionamiento del Seguro Integral de Salud tiene problemas de eficiencia generados por la falta de orientación al usuario final y al personal de salud (usuario intermedio), que no conocen bien los alcances y límites del paquete básico de atención, las reglas para el pago y el reembolso para los establecimientos de salud según el nivel de atención. Asimismo, la ausencia de un proceso de inducción para los funcionarios, que incluya el conocimiento de las reglas generales del Seguro Integral de Salud, sus alcances, beneficiarios, cobertura, procesos básicos, alcances del PEAS, presupuesto, entre otros, limita la capacidad de gestión del sistema.

Otros de los aspectos a considerar como dificultad es el llenado de los Formatos Únicos de Atención (FUA) del SIS, manejado de manera inadecuada por los profesionales de salud que ingresan al sistema, por falta o una pobre inducción, evidenciando un mal o incompleto llenado, que resulta en la afectación de los reembolsos a los establecimientos que ya brindaron la atención.

Por otra parte, para garantizar una atención gratuita se debe garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios; infraestructura y equipamiento adecuado; acceso a estudios por imágenes y de patología clínica desde el primer nivel de atención, reduciendo la carga hospitalaria por atenciones de capa simple y evitando el gasto de bolsillo del usuario.

Tendencia N°4. Mayor concentración de la población en centros urbanos (CEPLAN, 2021 (c))

Como lo reporta el Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú, BID, BM y CEPAL, al año 2000, la población total que accede o no a un servicio de salud en distribución porcentual entre el área urbana y rural son similares, el 30,9% del total de la población reportada, con enfermedad o que sufrió un accidente vial en la urbe, no accedió a los servicios de salud y el 33,6% del total de esta población descrita, si accedió. Es decir que el 64,5% de la población con problemas de salud está en la urbe, de esto el 63,4% del total de la población enferma o accidentada, está en las urbes de la sierra y en Lima Metropolitana. La OMS a octubre del 2021, manifiesta que más población mundial vive en zonas urbanas, y se prevé que esa proporción aumentará al 68% para el 2050. Aproximadamente el 40% de los residentes de las zonas urbanas carecen de acceso a servicios de saneamiento gestionados de manera segura y muchos carecen de acceso al agua potable.

En las zonas urbanas, según estimaciones, el 91% de las personas respira aire contaminado. Los sistemas de transporte urbano organizados deficientemente generan una serie de amenazas, tales como traumatismos por accidentes de tránsito, contaminación atmosférica y acústica además de la dificultad para desarrollar actividad física sin riesgos; todo esto da lugar a mayor riesgo de padecer una enfermedades no transmisibles y traumatismos. Se prevé que la constante urbanización sin planificación convertirá a las ciudades en epicentros de propagación de enfermedades, en particular enfermedades transmitidas por vectores.

En ese sentido el incremento de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, la persistente amenaza que plantean los brotes de enfermedades infecciosas, y el creciente riesgo de violencia y traumatismos son problemas cruciales de salud pública en las zonas urbanas. Esta creciente demanda exigirá de la disponibilidad a un mayor número y tipos de servicios de salud, que deberán de contar con infraestructura, equipamiento, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, personal de salud y otros elementos del sistema suficientes y de calidad para sostener la atención de dicho incremento de la demanda.

En ese sentido, la influencia de esta tendencia sobre el acceso al servicio de salud es negativa por la aparición de enfermedades emergentes, reemergentes y nuevas, problemas de salud mental y la modificación de los hábitos de vida vinculados a la inactividad física, el consumo de alimentos con alto contenido graso, consumo de alcohol, consumo de tabaco, entre otros.

Tendencia N°5. Mayor evidencia de la violencia de género

A pesar de que la tendencia demuestra un sentido descendente, aún persisten los casos de violencia de género, lo cual ocasiona la reducción de los derechos de las personas al acceso de los servicios de salud, ya que el agresor interfiere con la libertad de desplazamiento de sus víctimas; esto a su vez incrementa los problemas de salud mental en las víctimas, la muerte materna en mujeres que no pueden acceder a sus controles perinatales, incremento de alcoholismo en mujeres y suicidios, daños físicos en el hogar y asesinatos de mujeres y niños.

En mujeres adolescentes en unión, la violencia de género puede traer una disfuncionalidad en su rol materno, problemas mentales y suicidios, así como la obstrucción total o parcial del proyecto de vida de la adolescente, llevándola a total dependencia del victimario y su introducción en el ciclo de pobreza.

Es una tendencia de efecto negativo, que impactará no solamente en la mayor utilización de los servicios de la salud, sino también en el desarrollo de las familias como escenario, donde en lugar de promocionar la salud, se crean posturas individuales en contra de la salud de las personas.

Es esencial que los sistemas de salud adopten un enfoque integral que incluya la capacitación del personal médico en la detección y el manejo de la violencia de género, la creación de espacios seguros y libres de estigma para las víctimas, y la colaboración con organizaciones y servicios especializados en violencia de género. Además, es fundamental trabajar en la prevención de la violencia de género a través de la educación, la promoción de la igualdad de género y el cambio cultural.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impacto Positivo:

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

Impacto Negativo:

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

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

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

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

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

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

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

Esta tendencia se comportaría de la siguiente manera.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tendencia N° 12. Incremento del consumo de sustancias ilícitas

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

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

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

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

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

Tendencia N° 13. Incremento de uso de agroquímicos

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

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

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

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

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

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

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

Tendencia N° 14 Incremento del embarazo en niñas y adolescentes

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

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

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

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

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

Tendencia N° 16 Disminución de la felicidad

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

Tendencia N° 17. Mayor percepción de corrupción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las principales ciudades del Perú que presentan los niveles más altos de contaminantes en el aire son Lima (120 µg/m³), Ica (117,6 µg/m³), Trujillo (184,96 µg/m³), Pucallpa (120,5 µg/m³), y Arequipa (145 µg/m³), en todos los casos se duplican los valores mínimos permisibles aceptados por la OMS (45 µg/m³). Además, durante el último año se superaron los estándares de dióxido de azufre (SO₂) propuestos por la OMS, esto en la provincia constitucional del Callao (112,20 µg/m³), en Áncash (95 µg/m³), Junín (59,20 µg/m³) y Moquegua (41,84 µg/m³), teniendo como base reportes del 2019.⁸¹

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

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

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

⁸¹ Extraído de Ojo Público – “Contaminación en el aire de ciudades peruanas supera los límites de la OMS”, 2023.

⁸² Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico, INEI - 2020

⁸³ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades –MINSA - 2022

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

Riesgo N° 2: Incidencia de eventos climáticos extremos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸⁴ Escenarios climáticos al 2050 en el Perú: Cambios en el clima promedio, SENAMHI – 2021

⁸⁵ Escenarios de riesgo por inundaciones y movimientos en masa ante lluvias asociadas al fenómeno el niño, CENEPRED - 2023

⁸⁶ Escenarios de riesgo por sequías meteorológicas a nivel nacional, CENEPRED - 2022

⁸⁷ Escenarios de riesgo por inundaciones y movimientos en masa ante lluvias asociadas al fenómeno el niño, CENEPRED - 2023

⁸⁸ Dengue en Perú: evolución de casos y fallecidos por la enfermedad, La República - 2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riesgo N° 5: Crisis del sistema de salud

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

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

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

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

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

Oportunidad N° 1: Tecnología e innovación en salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

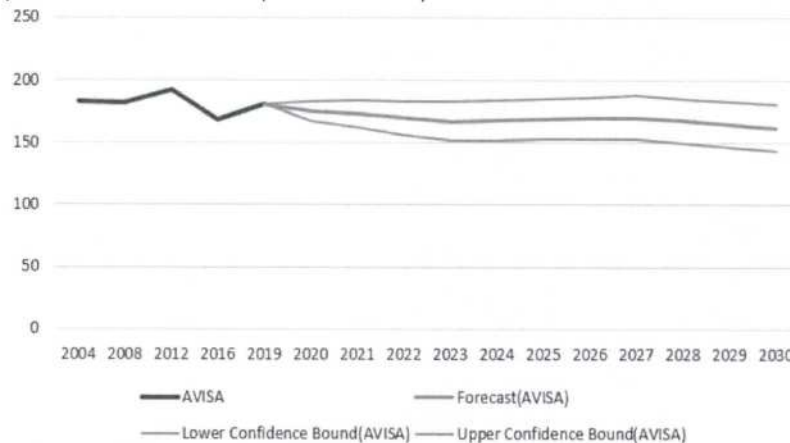
Anexo 5: Proyecciones de las variables prioritarias del Sector Salud

Variable N°1: Estado de salud de las personas - Indicador "Años de vida saludables perdidos (AVISA)"

En la siguiente figura se presenta la razón de AVISA por cada 1000 habitantes, a nivel nacional del periodo 2004 al 2030. Para el 2019 la razón de AVISA por cada 1000 habitantes era igual a 180.6, y se estima que para el 2030 está razón se encuentre dentro del intervalo de 143.6 al 180.6.

Para realizar la proyección en el Perú del periodo 2020 al 2030 se utilizaron datos de razones de AVISA por cada 1000 habitantes desde el 2005 al 2019, así como un algoritmo de suavizamiento triple exponencial (ETS) para la predicción de series temporales, el cual se basa en la versión AAA (error aditivo, tendencia aditiva y estacionalidad aditiva del algoritmo ETS, que suaviza las desviaciones menores en las tendencias de datos previas mediante la detección de patrones de estacionalidad e intervalos de confianza. Este método de pronóstico es más adecuado para modelos de datos no lineales con patrones estacionales u otros patrones recurrentes.

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



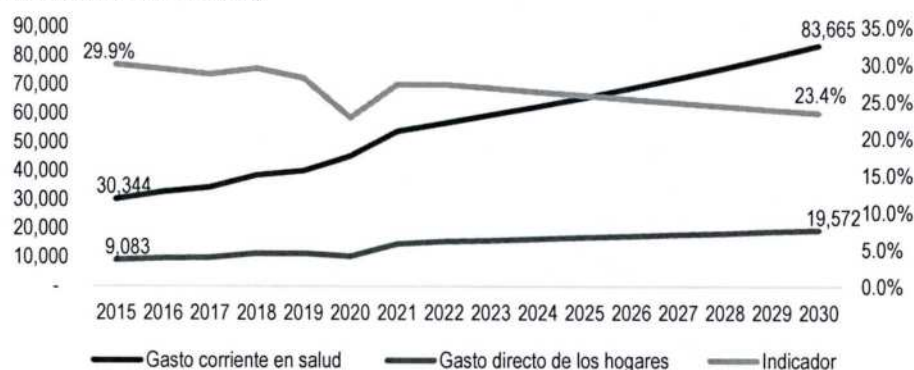
Fuente: OECD

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

El comportamiento del indicador "Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud" en el año 2015 tenía un valor del 29,9%, posteriormente su valor venía fluctuando entre los 29% y 25% durante los años 2016 al 2019, siendo el último año, que a raíz del COVID 19 presentó una variación anormal, para posteriormente tener un incremento del 43% de su valor respecto al año 2021. Posteriormente a ello, y adecuándonos a la nueva realidad, podemos ver que el comportamiento del indicador presenta una inclinación gradual hacia la baja y se estima que al año 2030 el valor del indicador sea igual al 23,4%.

Para su proyección se realizó un promedio ponderado del porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud, este promedio está conformado por la evolución de la tasa de crecimiento del gasto corriente en salud sobre el gasto directo de los hogares, exceptuando los años de pandemia (2020 y 2021) donde este promedio tiene un comportamiento anómalo.

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

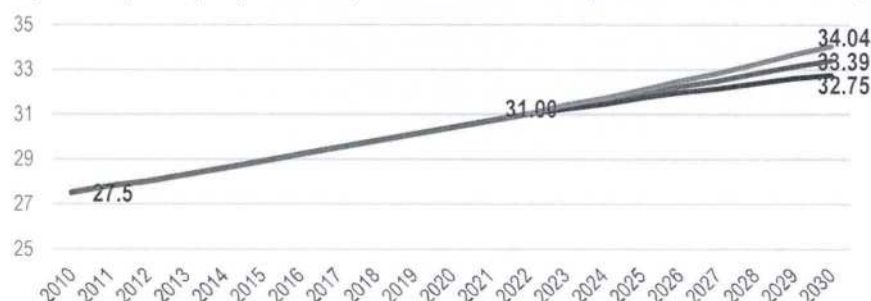


Variable N° 2: Acceso al servicio de salud - Indicador 2 "Porcentaje de población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud"

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

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

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



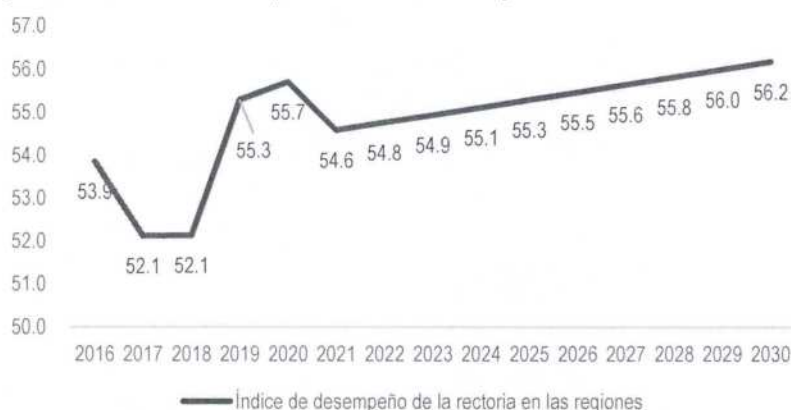
Fuente: INEI.

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

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

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

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



Anexo 6: Aspiraciones

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

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



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

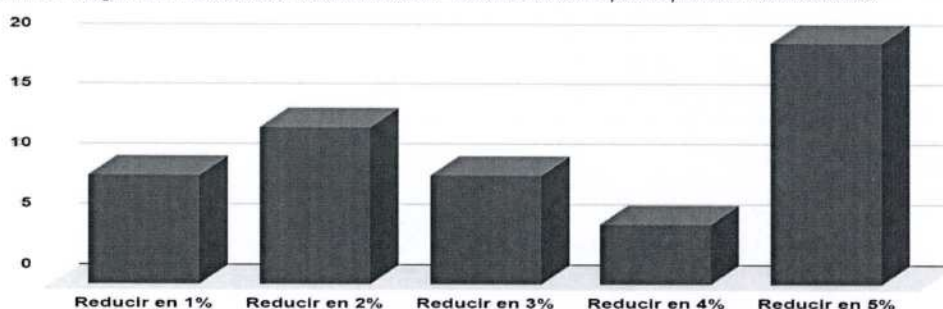
Variable N°1: Estado de salud de las personas

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

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

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

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



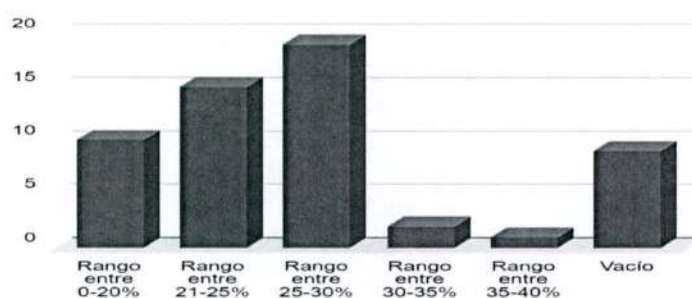
Variable N° 2: Acceso al servicio de salud - Indicador 2 "Porcentaje de población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud"

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

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

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

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

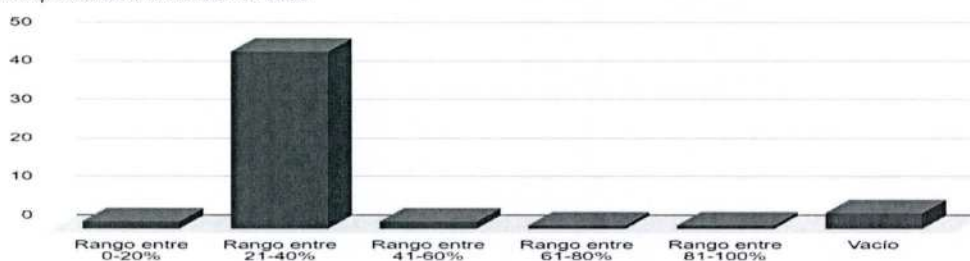


Para la medición de la V2. "Acceso a Servicios de Salud" se cuenta con el indicador "Porcentaje de la población con algún problema de salud crónico que accede a la atención en salud". Las opiniones de los actores consultados tienden a coincidir en que, al horizonte temporal, lo deseable y factible es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

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

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

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



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

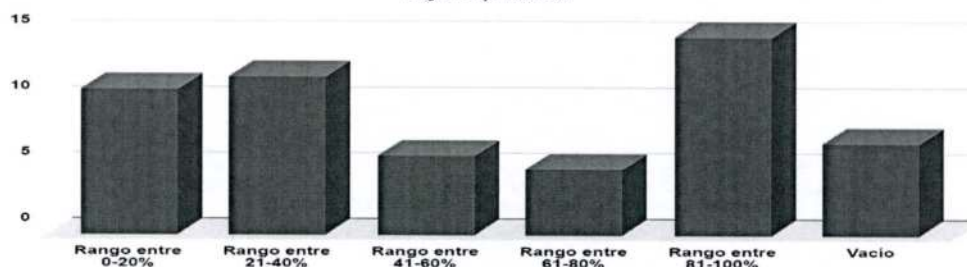
Para la medición de la V3. "Ejercicio de la Rectoría para la Gobernanza en Salud", inicialmente se consultó el indicador "Índice de desempeño de la rectoría en las regiones" con el Grupo de Trabajo Sectorial, consensuando el valor de 56.2% como valor promedio deseado. Cabe precisar que, dicho índice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

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

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

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

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



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

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

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

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

N°	Actor consultado
26	Milton Morales Jefe de equipo Lima Metropolitana Dirección General de Personal de Salud (DIGEP) - MINSA
27	Marco Miguel Soto Barbs Director General de la OPP SUSALUD Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)
28	Ohmayda Sandoval Esp. Administrativo Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC Perú - MINSA
29	Patricia Bueno Medico Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - MINSA
30	Erika Rodríguez Valdez Orientación en Salud MINSA – Infosalud Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
31	Rocio Ruiz Cumapa Coordinadora del Curso de Vida Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor. San Martín Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martín
32	Sanchezpi2015@Gmail.Com Director de Inteligencia Sanitaria San Martín Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martín
33	Katherine Huamán Equipo Técnico EV Adolescente y Joven Lima Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - MINSA
34	Shumaya Iturrizaga Equipo Técnico - OGDESC Lima Metropolitana Oficina General de Gestión Descentralizada (OGDESC) - MINSA
35	César Hugo Silva Especialista Administrativo I MINSA- DIGESA Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) - MINSA
36	Gladys Suárez Especialista en Gestión en Salud I Lima Dirección General de Personal de Salud (DIGEP) - MINSA
37	Jorge Morón Tataje Medico Monitor Infosalud Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
38	Dirección Regional De Salud Amazonas
39	Dirección Regional De Salud Ancash
40	Dirección Regional De Salud Apurímac
41	Gerencia Regional De Salud Arequipa
42	Dirección Regional De Salud Callao
43	Dirección Regional De Salud Cajamarca
44	Dirección Regional De Salud Huancavelica
45	Dirección Regional De Salud Huánuco
46	Dirección Regional De Salud Ica
47	Gerencia Regional De Salud Lambayeque
48	Gerencia Regional De Salud La Libertad
49	Dirección Regional De Salud Lima
50	Gerencia Regional De Salud Loreto
51	Dirección Regional De Salud Madre De Dios
52	Dirección Regional De Salud Moquegua
53	Dirección Regional De Salud Pasco
54	Dirección Regional De Salud Piura
55	Dirección Regional De Salud San Martín
56	Dirección Regional De Salud Tumbes

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

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

	D: valor ponderado de la discapacidad (entre 0 y 1) X: Edad a: Edad de inicio de la discapacidad (tabla West 26 modificada) L: Duración de la discapacidad β: Parámetro de ponderación de la edad ($\beta=0.04$) C: Constante de ajuste de la ponderación de la edad ($C=0,1658$) $Cxe - \beta x$ = Valor del tiempo vivido a diferentes edades Especificaciones técnicas La estimación se realizará solo de las subcategorías que correspondan al grupo de enfermedades no transmisibles del estudio de carga de enfermedad. Debido a que algunas bases de datos para la estimación del indicador no se encuentran disponibles anualmente, por ejemplo, el cierre de la base de datos de mortalidad (SINADEF) puede demorar hasta dos años, la estimación del indicador en el año de reporte será con información de dos años previos. Es decir, el reporte del indicador del año 2024 será con la estimación del 2022. Asimismo, dado que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población, así como de intervenciones a mediano y largo plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de diferentes fuentes como consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, defunciones, entre otros, que por las características de su disponibilidad (descritas previamente), se utilizará la información de dos años anteriores al año del reporte (ej. con información del 2022, 2025 y 2028).							
Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto a los factores de riesgo relacionados a la carga de enfermedad, así como asegurar el financiamiento de las mismas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Oficina General de Tecnologías de la Información - MINSA							
	Base de datos: - Base de datos de mortalidad (SINADEF). - Bases de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, entre otros.							
	Línea de base		Logros esperados					
Año	2019	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	127.7	125.1	125.1	125.1	123.2	123.2	123.2	121.3

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

	La estimación se realizará solo de las subcategorías que correspondan al grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales del estudio de carga de enfermedad. Debido a que algunas bases de datos para la estimación del indicador no se encuentran disponibles anualmente, por ejemplo, el cierre de la base de datos de mortalidad (SINADEF) puede demorar hasta dos años, la estimación del indicador en el año de reporte será con información de dos años previos. Es decir, el reporte del indicador del año 2024 será con la estimación del 2022. Asimismo, dado que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población, así como de intervenciones a mediano y largo plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de diferentes fuentes como consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, defunciones, entre otros, que por las características de su disponibilidad (descritas previamente), se utilizará la información de dos años anteriores al año del reporte (ej. con información del 2022, 2025 y 2028).							
Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto a los factores de riesgo relacionados a la carga de enfermedad, así como asegurar el financiamiento de las mismas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Oficina General de Tecnologías de la Información - MINSA							
	Base de datos: - Base de datos de mortalidad (SINADEF). - Bases de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, entre otros.							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2019	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	33.9	32.9	32.9	32.9	31.9	31.9	31.9	30.5

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

	La estimación se realizará solo de las subcategorías que correspondan al grupo de para accidentes y lesiones Debido a que algunas bases de datos para la estimación del indicador no se encuentran disponibles anualmente, por ejemplo, el cierre de la base de datos de mortalidad (SINADEF) puede demorar hasta dos años, la estimación del indicador en el año de reporte será con información de dos años previos. Es decir, el reporte del indicador del año 2024 será con la estimación del 2022. Asimismo, dado que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población, así como de intervenciones a mediano y largo plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de diferentes fuentes como consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, defunciones, entre otros, que por las características de su disponibilidad (descritas previamente), se utilizará la información de dos años anteriores al año del reporte (ej. con información del 2022, 2025 y 2028).							
Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto a los factores de riesgo relacionados a la carga de enfermedad, así como asegurar el financiamiento de las mismas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Oficina General de Tecnologías de la Información – MINSA.							
	Base de datos: - Base de datos de mortalidad (SINADEF). - Bases de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, entre otros.							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2019	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	18.9	18.3	18.3	18.3	17.9	17.9	17.9	17.1

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.1

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva							
Justificación	El indicador permite mostrar el porcentaje de los menores de seis meses cuya única fuente de alimentos fue la leche materna el día anterior al día de la entrevista. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable.							
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA							
Limitaciones para la medición del indicador	INEI viene reportando porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna, sin embargo se genera gestiones para modificar a porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.							
Método de cálculo	Fórmula: (A / B) *100 Donde: A: Total de niñas y niños menores de seis meses de edad cuya única fuente de alimentación es la leche materna al año N B: Total de niñas y niños menores de seis meses de edad al año N. N: Año de medición Especificaciones técnicas Para el presente indicador se tomará en cuenta a las niña o niños esté actualmente lactando, y solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Para el cálculo del indicador se considera solo al último hijo nacido vivo menor de 6 meses de las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años y que viven con ella.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Las madres toman conciencia de la necesidad e importancia de brindar lactancia materna exclusiva a los menores de 6 meses.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Base de datos: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2019*	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	65.7%	67.0%	69.0%	71.0%	73.0%	75.0%	77.0%	80.0%

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

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.2

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

Supuestos	La población toma conciencia de la necesidad e importancia de adoptar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)							
	Base de datos: Encuesta de Enfermedades no transmisibles y transmisibles							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	10.50%	10.65%	10.85%	11.00%	11.25%	11.50%	11.75%	12.00%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.3

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de la población que practica regularmente actividad física moderada o alta, al menos 30 minutos diarios							
Justificación	Este indicador permite evaluar el avance en la práctica regular de la población en actividad física y en un nivel que garantiza el beneficio para una vida activa y saludable. Esta práctica regular permite a la persona mantener el peso, tonificar los músculos, mejorar la concentración y atención para los aprendizajes, reduce el riesgo a contraer enfermedades crónicas no transmisibles, mejora el sistema inmunológico y la salud mental principalmente.							
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA							
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el encuestado. Sin embargo, puede tener diferentes connotaciones de acuerdo a la percepción del encuestado/a.							
Método de cálculo	Fórmula: (A / B) *100 Donde: A: Número de casos con actividad física moderada o alta, con al menos 30 minutos diarios. B: Número total de casos de la muestra al año N. Especificaciones técnicas Este indicador se calcula dividiendo el número de encuestados que realiza actividad física moderada o intensa durante al menos 30 minutos diarios (sin considerar la actividad física leve o en menor tiempo) entre el número de encuestados en la muestra anual. La medición se realiza en noviembre de cada año. Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que exija gasto de energía (Shepard & Balady, 1999) y una experiencia personal que permita interactuar con los demás y con el entorno.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	La población mantiene el interés de incrementar el tiempo y regularidad de la práctica de actividad física							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Educación – MINEDU							
	Base de datos: Encuesta nacional de actividad física y hábitos de vida saludable (ENAVIS)							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2019*	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	25%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%

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

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.4

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de hogares rurales que realizan prácticas adecuadas en el lavado de manos							
Justificación	El indicador permite medir el lavado de manos en la población, dada su importancia en la reducción de microorganismos de la piel, posibilitando con ello reducir y/o evitar la propagación de enfermedades diarreicas, respiratorias, entre otras transmisibles. Para promover la práctica adecuada de lavado de manos se requiere servicios de agua instalados, esta complementariedad posibilita mejorar las condiciones de salud de la población. Si el lavado de manos se hace hábito en la población, se aportaría de manera importante a mejorar los estándares de salud en la población, constituyéndose en una de las mejores maneras de evitar enfermedades y prevenir la transmisión a otras personas, porque no tiene costo, es fácil y rápido.							
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA							
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el encuestado. Sin embargo, puede tener diferentes connotaciones de acuerdo a la percepción del encuestado/a.							
Método de cálculo	Fórmula: $(A / B) * 100$ Donde: A: Número de hogares que realizan adecuadas prácticas de lavado de manos. B: Total de hogares del ámbito rural. Especificaciones técnicas Se considera ámbito rural a aquellos centros poblados con menos de 2000 habitantes. La observación es la única manera de medir si el lavado de manos es un hábito adquirido por las personas, y los métodos de recolección de datos están supeditados a ello. El cálculo del indicador va depender de la aceptación por parte del informante a mostrar cómo se lava las manos. Se asume que la información del jefe del hogar es representativa de todos los miembros del hogar.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	La población rural incrementa y mantiene el interés del desarrollo de la práctica.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)							
	Base de datos: Encuesta Nacional de Programas Presupuestales – ENAPRES							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	2.20%	2.50%	3.00%	3.50%	4.00%	4.50%	5.00%	5.50%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.5

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fuman cigarrillos diariamente en los últimos 12 meses							
Justificación	Este indicador permite medir qué población está expuesta con el factor de riesgo del tabaquismo, ya que es una de las mayores amenazas para la salud pública, pues se ha demostrado que está asociado a mortalidad tanto en fumadores como en personas expuestas al humo de tabaco. El humo ajeno causa enfermedades cardiovasculares y respiratorias graves, incluidas cardiopatías isquémicas y cáncer de pulmón. El 25% de las muertes por cáncer en el mundo se deben al consumo de tabaco. Los fumadores tienen hasta el doble de riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular y el cuádruple de sufrir cardiopatías. Los fumadores inmunodeprimidos, como los que tienen fibrosis quística, esclerosis múltiple o cáncer, corren más riesgo de presentar síntomas comórbidos y de fallecer prematuramente.							
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA							
Limitaciones para la medición del indicador	Respuesta influenciada por sesgo de deseabilidad social con un consecuente subreporte.							
Método de cálculo	Fórmula: $(A / B) * 100$ Donde: A: Número de personas de 15 y más años de edad que fumaron cigarrillos en los últimos doce meses. B: Número total de personas de 15 y más años de edad con información completa. Especificaciones técnicas Fumar diariamente se define como haber fumado al menos un cigarrillo durante los últimos doce meses. La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideran a todos los sujetos entrevistados. Solo se ha considerado el consumo de cigarrillos y no todas las formas de consumo de tabaco							
Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Población con conocimiento reduce el consumo de productos de tabaco o similares.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)							
	Base de datos: Encuesta de Enfermedades no transmisibles y transmisibles							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	16.2%	16%	15.9%	15.7%	15.5%	15.3%	15%	14.9%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.6

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que en los últimos 30 días consumen alguna bebida alcohólica							
Justificación	Este indicador permite medir qué población está expuesta con el factor de riesgo del consumo de alcohol, dado que es un factor causal en más de 200 enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo e importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales relacionadas con el alcohol suelen ocurrir en grupos de edad relativamente más jóvenes. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).							
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA							
Limitaciones para la medición del indicador	El indicador solo mide lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un subreporte debido a un sesgo de deseabilidad social (donde el entrevistado solo responde aquello que es "socialmente apropiado").							
Método de cálculo	Fórmula: $(A / B) * 100$ Donde: A: Número de personas de 15 y más años de edad que consumieron alguna bebida alcohólica: en los últimos 30 días, en los últimos 12 meses y alguna vez en su vida alguna bebida alcohólica. B: Número de personas de 15 y más años de edad y con información completa. Especificaciones técnicas Se recoge información sobre la experiencia de consumo de cualquier tipo de licor durante los últimos 30 días y se indaga si consumió al menos un vaso/copa o unidad similar completa. También se considera "No" cuando consumió uno o dos "sorbos".							
Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Población con conocimiento reduce el consumo de bebidas alcohólicas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)							
	Base de datos: Encuesta de Enfermedades no transmisibles y transmisibles.							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	36.1%	36%	35%	34%	33%	32%	31%	30%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.1

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

Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto al factor de riesgo de sobrepeso, así como asegurar el financiamiento de las mismas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, e Instituto Nacional de Estadística e Informática.							
	Base de datos: Prevalencia de factor de riesgo de sobrepeso. Estimación de FAP							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	41.90%	40.60%	40.60%	40.60%	39.40%	39.40%	39.40%	37.70%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.2

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

Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto al factor de riesgo de sobrepeso, así como asegurar el financiamiento de las mismas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, e Instituto Nacional de Estadística e Informática.							
	Base de datos: Prevalencia de factor de riesgo de obesidad. Estimación de FAP							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	58.10%	56.40%	56.40%	56.40%	54.60%	54.60%	54.60%	52.30%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.3

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

Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto al factor de riesgo del no uso de preservativos en las relaciones sexuales, así como asegurar el financiamiento de las mismas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, e Instituto Nacional de Estadística e Informática.							
	Base de datos: Prevalencia de factor de riesgo de no uso de preservativo en última relación sexual. Estimación de FAP							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	94.20%	94.20%	94.20%	94.20%	94.00%	94.00%	94.00%	93.80%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.4

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano							
Acción Estratégica Sectorial	Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de contactos de tuberculosis que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis							
Justificación	Este indicador es importante porque permite realizar el seguimiento de las acciones preventivas en un grupo de alto riesgo de desarrollar tuberculosis activa, además de la detección de casos de tuberculosis (TB) activa, que al ser intervenidos, permite cortar cadenas de transmisión para esta enfermedad que es altamente contagiosa, ya que se estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la TB, por lo tanto, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de la TB, especialmente aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado. En adición, permite identificar nuevos casos adicionales de tuberculosis activa, así como casos con infección de tuberculosis latente (LTBI), que podrían ser elegibles para inicio de terapia preventiva (TPTB). Es preciso mencionar que es uno de los indicadores priorizados de la Estrategia Fin de la TB de la Organización Mundial de la Salud.							
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA							
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el pacientes sobre sus contactos.							
Método de cálculo	Fórmula: $(A/B) \times 100$ Donde: A: Número de contactos domiciliarios de PAT Pulmonar que culminan TPTB B: Número de contactos domiciliarios de PAT Pulmonar examinados PAT: Personas afectadas por la tuberculosis TPTB: Terapia preventiva para la tuberculosis Especificaciones técnicas Numerador: Número de contactos domiciliarios de pacientes con tuberculosis pulmonar (nuevos y recaídas) que recibieron esquema completo de terapia preventiva para TB, durante el período de análisis. Solo considerar aquellos contactos cuyo periodo para completar el esquema de TPTB se encuentra dentro del periodo de análisis. Denominador: Número de contactos domiciliarios de pacientes con tuberculosis pulmonar (nuevos y recaídas) examinados que no son casos de tuberculosis activa o tienen antecedente de TB, identificados en el periodo de análisis. Se considerará como esquema completo de terapia preventiva para TB, tomando en cuenta la duración de 3 meses.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre los contactos de pacientes con tuberculosis, principalmente la culminación de la Terapia Preventiva para Tuberculosis, así como asegurar el financiamiento de las mismas							
Fuente y bases de datos	Fuente: Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DGIESP). Ministerio de Salud. Base de datos: Base de datos SIGTB							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	3%	30%	60%	70%	80%	90%	90%	90%

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

Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	Información disponible del gasto directo de hogares en la ENAHO y la información del gasto en salud del sector público, seguridad social, privados y tercer sector para aplicar los supuestos del SHA 2011							
Fuente y bases de datos	Fuente: INEI - Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM).							
	Base de datos: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) - Nivel de gasto total en salud o parte de las cuentas de salud (SHA 2011).							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2019*	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	28.3%	28.4%	28.3%	28%	27.8%	27.5%	27.3%	27%

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

Ficha Técnica del Indicador OES 2 - Ind2.2								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Nombre del Indicador	Porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención de salud							
Justificación	El hecho de ofrecer un servicio no garantiza realmente que las personas puedan hacer uso de él. La accesibilidad a los servicios de atención médica depende de factores como la distancia, los horarios de atención, los requisitos y la predisposición para demandar por los servicios. La oferta de servicios de salud en gran medida induce la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, sea por la población o por el usuario de los servicios. Este indicador nos permite conocer cuál es la proporción de población que teniendo un problema de salud crónico busca y hace uso de atención de salud para mantener su bienestar, vida productiva y evitar la discapacidad o muerte prematura.							
Responsable del Indicador	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización – Ministerio de Salud							
Limitaciones para la medición del indicador	La Encuesta Nacional de Hogares considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos. Puede suceder que el encuestado no perciba la necesidad de atención auto excluyéndose involuntariamente del universo que requiere atención de salud. Las respuestas dependen en gran medida de la percepción de enfermedad y de la necesidad de buscar atención, del encuestado							
Método de cálculo	Fórmula: $(Ntpscba/Ntpecb)*100$ Donde: Ntpscba: Total de personas que reportan algún problema de salud crónico que buscaron y accedieron a la atención de salud Ntpecb: Total de personas que reportan padecen alguna enfermedad crónica que buscaron atención de salud. Especificaciones técnicas Problema de salud crónico es la presencia de una enfermedad crónica por más de 6 meses							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	La población tiene la percepción de la enfermedad y busca la atención de los servicios de salud, en tal sentido la población encuestada dará un dato real al momento de tener un problema de salud crónico y su acceso a servicios de salud							
Fuente y bases de datos	Fuente: INEI							
	Base de datos: ENAHO							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	31.2%	32.4%	32.7%	33%	33.4%	33.8%	34.2%	34.6%

Ficha Técnica del Indicador OES 2 - Ind 2.3								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Nombre del Indicador	Tiempo promedio de espera de pacientes con cáncer para el inicio de tratamiento oncológico							
Justificación	El presente indicador facilitará la visualización del tiempo de respuesta que tiene el Sector desde el diagnóstico definitivo hasta el inicio del tratamiento oncológico							
Responsable del Indicador	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)							
Limitaciones para la medición del indicador	Limitación en el acceso a la data para medir el indicador.							
Método de cálculo	Fórmula: $\frac{\sum_{i=1}^k (FptO - FchDiag)}{k}$ Donde: FptO: Fecha de inicio del primer tratamiento oncológico definitivo del paciente en el año n FchDiag: Fecha en que recibe diagnóstico definitivo de cáncer del paciente k: número de pacientes que inician el primer tratamiento oncológico definitivo del paciente en el año n Especificaciones técnicas Intervalo de tiempo de espera, expresado en días, desde el diagnóstico definitivo de cáncer hasta recibir el primer tratamiento oncológico definitivo. El valor del indicador será tomando en cuenta "días".							
Sentido esperado del indicador	Descendente							
Supuestos	La población tendrá una atención de los servicios de salud oportuna, en tal sentido la población tendrá un mejor acceso al tratamiento del cáncer en los servicios de salud especializados							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud							
	Base de datos: Integración de base de datos de HIS - MINSA y SIASIS							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	60	60	55	50	45	30	30	30

Ficha Técnica del Indicador AES 2.1 – Ind2.1.1

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

	**Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SIMMED. Pudiendo dar los siguientes resultados: MSD: =0							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ficha Técnica del Indicador AES 2.1 - Ind 2.1.2								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.							
Nombre del Indicador	Tasa de médicos por 1000 habitantes							
Justificación	Este indicador muestra de manera directa los niveles de cobertura en los servicios de salud partiendo de la disponibilidad de médicos en el territorio permitiendo establecer dos niveles de análisis; el primero se expresa en términos de densidad y la segunda en el sentido de cobertura y distribución al ser comparados con valores obtenidos en otros territorios. El presente indicador es relevante para el sector debido a que OCDE ha establecido como prioridad para el Sector Salud dicha medición en los comités de trabajo sectorial.							
Responsable del Indicador	Dirección General de Personal de Salud -DIGE - Ministerio de Salud (MINSA)							
Limitaciones para la medición del indicador	Información registrada con desfase temporal por parte de las IPRESS							
Método de cálculo	Fórmula: $(Med / TotHab) * 1000$ Donde: Med: Numero de médicos en el año n TotHab: Total de habitantes en el país en el año n Especificaciones técnicas Los médicos incluyen a profesionales de cabecera y especialistas. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Existe mayor interés del Gobierno en incrementar la tasa de médicos en el país							
Fuente y bases de datos	Fuente: Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud							
	Base de datos: Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud - RNPSMS Población proyectada – INEI.							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	1.72	1.71	1.76	1.80	1.85	1.90	1.95	2.00

Ficha Técnica del Indicador AES 2.1 - Ind 2.1.3								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.							
Nombre del Indicador	Tasa de enfermeras por 1000 habitantes							
Justificación	Este indicador muestra de manera directa los niveles de cobertura en los servicios de salud partiendo de la disponibilidad de enfermeras en el territorio permitiendo establecer dos niveles de análisis; el primero se expresa en términos de densidad y la segunda en el sentido de cobertura y distribución al ser comparados con valores obtenidos en otros territorios. El presente indicador es relevante para el sector debido a que OCDE ha establecido como prioridad para el Sector Salud dicha medición en los comités de trabajo sectorial.							
Responsable del Indicador	Dirección General de Personal de Salud -DIGE - Ministerio de Salud (MINSA)							
Limitaciones para la medición del indicador	Información registrada con desfase temporal por parte de las IPRESS							
Método de cálculo	Fórmula: $(Enf/ TotHab)*1000$ Donde: Enf: Numero de enfermeras en el año n TotHab: Total de habitantes en el país en el año n Especificaciones técnicas Las enfermeras y parteras incluyen a las enfermeras profesionales, las parteras profesionales, las enfermeras auxiliares, las parteras auxiliares, las enfermeras inscriptas, las parteras inscriptas y demás personal relacionado, como las enfermeras dentales y las de atención primaria. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Existe mayor interés del Gobierno en incrementar la tasa de enfermeras en el país							
Fuente y bases de datos	Fuente: Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud							
	Base de datos: Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud - RNPSMS Población proyectada – INEI.							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	2.20	2.18	2.27	2.36	2.44	2.53	2.61	2.70

Ficha Técnica del Indicador AES 2.2 - Ind 2.2.1								
Objetivo Estratégico Sectorial		Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.						
Acción Estratégica Sectorial		Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población						
Nombre del Indicador		Porcentaje de IPRESS que brindan prestaciones de telemedicina a la población.						
Justificación		El presente indicador cobra relevancia dado que el acceso a los servicios de salud es un derecho de las personas y una responsabilidad del estado, por tanto, se deben establecer mecanismos y estrategias para lograr dicho acceso. Una de las estrategias es la oferta flexible a través de la telemedicina, que permite dar acceso a la posibilidad a la población a la atención en salud no solo de aquellas de zonas alejadas, de difícil acceso, si o de aquellas con alguna discapacidad y/o incapacidad como los adultos mayores con enfermedades crónicas. Cabe señalar que la telemedicina contribuye a soslayar la deficiencia en adecuación del establecimiento de salud con limitada capacidad resolutive reduciendo el gasto de bolsillo y los tiempos de espera.						
Responsable del Indicador		Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA)						
Limitaciones para la medición del indicador		Conectividad, Falta de interoperabilidad entre los sistemas de información.						
Método de cálculo		Fórmula: $(NulPRSerTePres/NulPRperRNT)*100$ Donde: NulPRSerTePres: Número de IPRESS de la Red Nacional de Telesalud con cartera de servicios de salud de telemedicina y que realizan prestaciones de telemedicina. NulPRperRNT: Número de IPRESS que pertenecen a la Red Nacional de Telesalud Especificaciones técnicas Las IPRESS son responsables de la organización de los servicios de Telesalud que prestan, rigiéndose por las mismas condiciones de los servicios regulares de salud, debiendo definirse el servicio de Telesalud, conforme a la UPSS de atención directa o de atención de soporte, según corresponda, y las actividades que se desarrollan al interno. Asimismo, en el RENIPRESS, la IPRESS incorpora y actualiza los servicios de Telesalud que realiza.						
Sentido esperado del indicador		Ascendente						
Supuestos		Disponibilidad de recursos financieros en las IPRESS de la Red Nacional de Telemedicina para que implementen su cartera de servicios para la población						
Fuente y bases de datos		Fuente: Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud Base de datos: Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud -RNPSMS Población proyectada – INEI.						
		Línea de base	Logros esperados					
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	99%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.3 - Ind 2.3.1								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos en consulta externa							
Justificación	Ante la poca experiencia de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, este indicador es necesario para establecer una serie de aspectos factibles de medición mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción del usuario respecto de los requerimientos y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Medir la satisfacción del usuario da un resultado importante de la prestación de servicios de buena calidad, que nos permite identificar las oportunidades para mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud con enfoque territorial.							
Responsable del Indicador	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud							
Limitaciones para la medición del indicador	No aplicación de la encuesta en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.							
Método de cálculo	Fórmula: $(Nusesc/Totuec)*100$ Donde: Nusesc: Número de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en consulta externa según nivel y categoría en el año n. Totuec: Total de usuarios encuestados en consulta externa según nivel y categoría en el año n. n: año de medición Especificaciones técnicas La satisfacción del usuario se mide a través de la metodología serqual modificada que mide la expectativa contra la percepción en el momento de la atención en salud. Se realiza mínimamente de manera anual en las IPRESS del sector.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Se cuentan con instalaciones optimas y personal suficiente para brindar los servicios de salud en las consultas externas.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud (MINSA)							
	Base de Datos: Encuestas aplicadas (muestra) a usuarios externos en consulta externa, según nivel y categoría. Registros de información de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	62%	63%	64%	65%	67%	68%	70%	72%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.3 - Ind 2.3.2								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos en hospitalización							
Justificación	Ante la poca experiencia de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, este indicador es necesario para establecer una serie de aspectos factibles de medición mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción del usuario respecto de los requerimientos y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Medir la satisfacción del usuario da un resultado importante de la prestación de servicios de buena calidad, que nos permite identificar las oportunidades para mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud con enfoque territorial.							
Responsable del Indicador	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud							
Limitaciones para la medición del indicador	No aplicación de la encuesta en las IPRESS							
Método de cálculo	Fórmula: $(Nuesh/Totueh)*100$ Donde: Nuesh: Número de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en hospitalización según nivel y categoría, en el año n Totueh: Total de usuarios encuestados en hospitalización según nivel y categoría en el año n. n: año de medición Especificaciones técnicas La satisfacción del usuario se mide a través de la metodología serqual modificada que mide la expectativa contra la percepción en el momento de la atención en salud. Se realiza mínimamente de manera anual en las IPRESS del sector.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Se cuentan con instalaciones óptimas y personal suficiente para brindar los servicios de salud en los servicios de hospitalización.							
Fuente y bases de datos	Fuente: MINSA - Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud							
	Base de Datos: Registros de información de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	64%	65%	67%	69%	70%	72%	73%	74%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.3 - Ind 2.3.3								
Objetivo Estratégico Sectorial		Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.						
Acción Estratégica Sectorial		Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población						
Nombre del Indicador		Porcentaje de usuarios satisfechos en emergencia						
Justificación		Ante la poca experiencia de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, este indicador es necesario para establecer una serie de aspectos factibles de medición mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción del usuario respecto de los requerimientos y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Medir la satisfacción del usuario da un resultado importante de la prestación de servicios de buena calidad, que nos permite identificar las oportunidades para mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud con enfoque territorial.						
Responsable del Indicador		Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud						
Limitaciones para la medición del indicador		No aplicación de la encuesta en las IPRESS						
Método de cálculo		Fórmula: $(Nusem/Totuse)*100$ Donde: Nusem: Número de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en emergencia según nivel de categoría en el año n Totuse: Total de usuarios encuestados en emergencia según nivel y categoría en el año n n: año de medición Especificaciones técnicas La satisfacción del usuario se mide a través de la metodología serqual modificada que mide la expectativa contra la percepción en el momento de la atención en salud. Se realiza mínimamente de manera anual en las IPRESS del sector.						
Sentido esperado del indicador		Ascendente						
Supuestos		Se cuentan con instalaciones óptimas y personal suficiente para brindar los servicios de salud en los servicios de emergencia						
Fuente y bases de datos		Fuente: MINSA - Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud Base de Datos: Registros de información de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud						
		Línea de base	Logros esperados					
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	55%	58%	60%	62%	65%	67%	68%	70%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.4 - Ind 2.4.1

Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el uso de los servicios de salud de la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de atenciones prehospitalarias oportunas de emergencias y urgencias médicas de prioridades I y II							
Justificación	Este indicador contribuye a medir la reducción de muertes evitables por urgencias y emergencias médicas de manera atención oportuna y el cuidado de la salud a la población en situación de urgencia o emergencia con necesidad de atención prehospitalaria. dentro del tiempo estandarizado (30 minutos como hora dorada). Actualmente, se cuenta con SAMU en capitales departamentales; por lo que es urgente y necesario ampliar la cobertura del servicio que permita el acceso a la población de zonas alejadas de la capital departamental, en situaciones de urgencias y emergencias individuales o masivas.							
Responsable del Indicador	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA)							
Limitaciones para la medición del indicador	Falta de un sistema de información en salud que permita contar en tiempo real con los datos a nivel nacional, relacionados a la georreferenciación, disponibilidad, monitoreo de unidades y sus recursos; además de los datos en salud relacionados a la atención.							
Método de cálculo	Fórmula: $(\text{NumAtenPri}/\text{TolSolPri}) * 100$ Donde: NumAtenPri: Número de atenciones prehospitalarias en foco oportunas de Prioridad I y II en el año n TolSolPri: Total de solicitudes de atención prehospitalaria de Prioridad I y II en el año n n: año de medición Especificaciones técnicas El SAMU cuenta con el servicio a nivel Regional a través de SMA implementados para tal fin, los cuales deberán ser dotados de los bienes y servicios prioritarios; considerando los criterios de recursos existentes, espacio. Para ello, en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, se le ha encargado la implementación de la Red Nacional de Transporte Sanitario, que permita a los Gobiernos Regionales la implementación de Bases SAMU en puntos estratégicos de cada una de sus provincias							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Suficiente disponibilidad de profesionales especializados de la salud, en Centrales de Emergencias y disponibilidad de ambulancias operativas Tipo II y Tipo III; así como la infraestructura de centrales de emergencia y bases SAMU, los insumos, medicamentos y equipos biomédicos necesarios para la atención con calidad y oportunidad.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud							
	Base de datos: Aplicativo SAMU V2.0, Reporte estadístico (DIGTEL-MINSA)							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	44%	52%	56%	60%	64%	68%	72%	76%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.4 - Ind 2.4.2								
Objetivo Estratégico Sectorial		Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.						
Acción Estratégica Sectorial		Incrementar el uso de los servicios de salud de la población						
Nombre del Indicador		Porcentaje de atenciones en los servicios de telemedicina que recibe la población						
Justificación		El presente indicador servirá para medir el acceso a los servicios de salud mediante los canales de telemedicina, en la oferta de servicio, como una forma de oferta que promueve el acceso y mejora la atención de salud, lo que resulta en la reducción de la brecha de acceso principalmente en la población que presenta limitaciones vulnerables de acceso geográfico, económico, cultural.						
Responsable del Indicador		Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA) (revisar ficha)						
Limitaciones para la medición del indicador		Conectividad, cambio de normatividad						
Método de cálculo		Fórmula: $(Nuatl/PaES)*100$ Donde: Nuatl: Número de atenciones por teleinterconsulta en el año n PaES: Población asignada al establecimiento de salud en el año n n: año de medición Especificaciones técnicas Las atenciones por tele interconsulta serán identificadas mediante un código único, brindado por la IPRESS que cuentan con el servicio de telemedicina en su cartera de servicios de salud. La Telemedicina, como un componente clave de la atención de salud a distancia, engloba la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, permitiendo una atención continua y equitativa.						
Sentido esperado del indicador		Ascendente						
Supuestos		Las IPRESS cuentan con red digital para ofrecer servicios de telemedicina						
Fuente y bases de datos		Fuente: Ministerio de Salud						
		Base de datos: HIS MINSA (HIS MINSA contiene a los datos que son ingresados por el Sistema de Información Asistencial Teleatiendo)						
Linea de base		Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	7.31%	7.31%	7.35%	7.40%	7.40%	7.48%	7.52%	7.65%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.4 - Ind 2.4.3								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el uso de los servicios de salud de la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) atendidos en el primer nivel de atención							
Justificación	El presente indicador facilitará la medición de acceso a los servicios de salud, considerando que la población cuenta con un seguro de salud que lo protege financieramente							
Responsable del Indicador	Seguro Integral de Salud – SIS							
Limitaciones para la medición del indicador	El SIS otorga a las IPRESS del primer nivel de atención un plazo de 90 días para el registro post atención en sus sistemas.							
Método de cálculo	Fórmula: $(Nuat/Pbt)*100$							
	Donde: Nuat: Total de atendidos con SIS en cualquier servicio de salud, en IPRESS públicas, reportado por fecha de atención con corte al 31 de diciembre del año de evaluación o con fecha a la cual se dispone la data, el cual debe precisarse. Pbt: Población total de residentes en el territorio nacional con corte al 31 de diciembre del año de evaluación, que cuenta con SIS.							
	Especificaciones técnicas Fecha de ocurrencia, se define por el día en el que el asegurado recibe la prestación de los servicios de salud en cualquiera de las IPRESS del primer nivel de atención. Asegurados al SIS atendidos, son los ciudadanos que cuentan con cobertura SIS y, a su solicitud reciben en una IPRESS pública del primer nivel de atención, una o más prestaciones financiadas por el SIS. Entre el 70% y 80% de las necesidades más frecuentes en salud podrían resolverse en el primer nivel de atención.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Crecimiento económico del 1.5%							
Fuente y bases de datos	Fuente: Seguro Integral de Salud							
	Base de Datos: SIAISIS. REFCON.							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	46%	48%	55%	60%	63%	65%	67%	69%

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

	1. Se considera la atención del RN en el UBIGEO de residencia (procedencia) registrado en el padrón nominal. 2. El período de medición comprende desde el primer al último día del mes. 3. Sólo se considera recién nacidos de 37 semanas de gestación a más y con peso de 2500gr a más, registrado en CNV en línea. 4. Para obtener el dato del padrón nominal, se toma en cuenta la variable TIPO DE DOCUMENTO DNI o en su defecto CNV en línea. 5. Las precisiones técnicas incluidas en las fichas de los indicadores se realizan sobre la base de la normatividad vigente. 6. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 7. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 8. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 9. La actualización de la ficha técnica se realizará por modificaciones normativas o por situaciones de emergencia, en coordinación con los sectores involucrados. Las prestaciones priorizadas para el neonato en virtud del indicador son: CRED: Los controles CRED según edad registrado con código: 99381.01, como se detalla a continuación: a) El primer control CRED, se realiza a partir del 3er día de vida hasta el 6to día de vida (Intervalo mínimo entre el primer CRED y el segundo CRED es de 03 días), y b) A partir del segundo control CRED hasta el cuarto control CRED, se realiza un control cada semana (07 días). El CRED se evaluará independiente del laboratorio. TAMIZAJE NEONATAL: Cuentan con tamizaje neonatal de Hipotiroidismo, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Fibrosis Quística, registrado con código: 36416 a partir del 2 día (48 horas) del alta hasta antes de los 7 días de nacido. INMUNIZACIONES: Cuentan con vacunas completa para la edad BCG: registrado con código 90585 y HvB: registrado con código 90744, dentro del 1er día de vida (hasta las 24 hrs).							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores: MINSA, ESSALUD y otros sub sectores de salud, a partir de las coordinaciones respectivos con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA							
Línea de base								
Logros esperados								
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	26.4%	31.5%	36.5%	41.5%	46.5%	51.5%	56.5%	61.5%

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

	Para efecto del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con CNV y/o DNI en el padrón nominal y HIS, a partir de los 29 días de nacidos, hasta los 364 días, según el ámbito de la jurisdicción registrada. Sin diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 170 (5 meses 29 días) y 364 días de edad (11 meses 29 días), que reciben un paquete integrado de servicios preventivos de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia. CRED: Los controles CRED según edad registrado con código: 99381, 11 controles completos para su edad entre los 29 y 364 días (11 meses y 29 días), tal como lo establece la norma técnica. El CRED se evaluará independiente del laboratorio. DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN SANGRE Y SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON HIERRO: Dosaje de hemoglobina en sangre entre los 170-209 días identificado con código 85018 o 85018.01 "D". Periodos de identificación del dosaje será entre 170 y 209 días de edad. Haber recibido gotas o jarabe de hierro o multimicronutrientes, según edad: Registros válidos para tratamiento de anemia con hierro: D500, D508, D509, D649 o D539 + CPMS 99199.17 y Lab: (SF1-SF6) o (P01-P06). Registros válidos para suplementación con código 99199.17 (Suplementación de sulfato ferroso): sulfato ferroso (SF1-SF6), hierro polimaltosado (P01-P06) o 99199.19 (Suplementación de multimicronutriente), 1-6. Los multimicronutrientes se entregan a partir del esquema de 6 meses. a. En el esquema de 4 a 5 meses de edad: -Sólo se mide a niños a termino y con adecuado peso al nacer, es decir, no registra los códigos: P073 o P071, P0711, P0712 en el HIS. -En el caso de hierro polimaltosado de 20 ml o 30 ml para la suplementación preventiva, la entrega será válida para dos meses. b. En el esquema de 6 a 11 meses, tener en cuenta: b.1 Tratamiento con hierro: - La entrega de hierro polimaltosado de 30 ml será válida hasta para dos meses. b.2 Suplementación preventiva con hierro: - La entrega de sulfato ferroso de 30 ml será válida hasta para dos meses, la entrega de hierro polimaltosado de 20 ml será válida hasta para dos meses, y la entrega de hierro polimaltosado de 30 ml será válida hasta para tres meses. Micronutriente: Aplica para la entrega en niños de 170 a 364 días. INMUNIZACIONES: Cuentan con vacunas completa para la edad: 3 dosis de vacuna antipolio (código 9712 ó 90713), 3 dosis de vacuna pentavalente (código 90722), 2 dosis de vacuna contra rotavirus (código 90681), 2 dosis de vacuna contra neumococo (código 90670). Nota: - Se excluye a niños y niñas con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y prematuros (menor de 37 SG), registrados en CNV.																											
Sentido esperado del indicador	Ascendente																											
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores: MINSA, ESSALUD y otros sub sectores de salud, a partir de las coordinaciones respectivas con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados. .																											
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA																											
	<table><tr><td>Línea de base</td><td colspan="8">Logros esperados</td></tr><tr><td>Año</td><td>2022</td><td>2024</td><td>2025</td><td>2026</td><td>2027</td><td>2028</td><td>2029</td><td>2030</td></tr><tr><td>Valor</td><td>38%</td><td>43%</td><td>48%</td><td>53%</td><td>58%</td><td>63%</td><td>68%</td><td>73%</td></tr></table>	Línea de base	Logros esperados								Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Valor	38%	43%	48%	53%	58%	63%	68%	73%
Línea de base	Logros esperados																											
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030																				
Valor	38%	43%	48%	53%	58%	63%	68%	73%																				

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

		La atención integral de salud(AIS) para adolescentes se brinda en los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con y sin población asignada, de acuerdo con su capacidad resolutive, cartera de servicios y nivel de atención, de acuerdo a las prestaciones consideradas en el paquete básico, paquete completo y paquete especializado de atención integral de salud establecidos en la Norma Técnica de Salud vigente. El paquete de cuidado integral de salud básico en adolescente incluye las siguientes prestaciones priorizadas: - Consejería en salud sexual y reproductiva (99402.03) - Consejería de prevención en riesgos en salud mental (99402.09) - Consejería en salud nutricional: Alimentación saludable (99403.01) - Consejería para el autocuidado (99401.19) - Suplementación con hierro y ácido fólico en mujeres (99199.26) - Tamizajes de salud mental en violencia (96150.01) - Tamizaje de salud mental trastornos depresivos (96150.03) - Evaluación Nutricional Antropométrica. Prestaciones complementarias: - Inmunizaciones: vacunación antihepatitis Viral B- 90746 ó Vacuna contra la Influenza - 90658 ó vacunación diftoteránica - 90714 ó vacuna contra Virus de Papiloma- 90649. - Tamizaje de VIH por prueba rápida (86703 + LAB: RN ó RP) - Tamizaje de Sífilis por prueba rápida (86780 + LAB: RN ó RP) - Tamizaje de Sífilis por anticuerpo no treponémico cuantitativa (86593 + LAB: RN ó RP) - Tamizaje de Hepatitis B por prueba rápida (87342 + LAB: RN ó RP) - Test de descartar de embarazo (Z320) - Tamizajes de salud mental en alcohol y drogas (96150.02) - Tamizaje de salud mental en Habilidades Sociales (96150.05) - Entrega de métodos anticonceptivos (incluye anticonceptivo oral de emergencia (AOE) NOTA: Para el numerador del indicador se deberá considerar el cumplimiento de las prestaciones priorizadas en un periodo que va desde 1 día hasta un periodo no mayor a 11 meses con 29 días, una vez por año, de manera anual (esto se traduce a que un adolescente cumple su paquete priorizado cuando recibe 3 prestaciones preventivas promocionales y se registre con Lab: TA , no importa el orden de las prestaciones). DETALLE: (1) Medir a nivel único de DNI peruano o extranjero (2) Se considera el último establecimiento de salud que le brindó una de las prestaciones consideradas para del indicador. (3) Para el denominador: Si el adolescente no recibió una prestación de salud, se le considera el primer establecimiento de salud que lo atendió por cualquier motivo. El paquete AIS ADOLESCENTE INICIADO se registra con 99384/D lab: 1 y el paquete AIS ADOLESCENTE CONCLUIDO se registra con 99384/D lab: TA																																	
Sentido esperado del indicador		Ascendente																																	
Supuestos		Se accederá a la información proporcionada por los prestadores a partir de las coordinaciones respectivas con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados.																																	
Fuente y bases de datos		Fuente: Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadística e Informática																																	
		Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA, poblacional del INEI																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Línea de base</th><th colspan="7">Logros esperados</th></tr> <tr> <th>Año</th><th>2022</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th><th>2028</th><th>2029</th><th>2030</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor</td><td>10.5%</td><td>11%</td><td>11.5%</td><td>12%</td><td>12.5%</td><td>13%</td><td>13.5%</td><td>14%</td></tr> </tbody> </table>							Línea de base		Logros esperados							Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Valor	10.5%	11%	11.5%	12%	12.5%	13%	13.5%	14%
Línea de base		Logros esperados																																	
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030																											
Valor	10.5%	11%	11.5%	12%	12.5%	13%	13.5%	14%																											

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.4								
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población							
Nombre del Indicador	Porcentaje de jóvenes que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud							
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, incidiendo en los múltiples factores protectores y de riesgo que requiere el joven de 18 a 29 años, para satisfacer sus diversas necesidades de salud, tomando en cuenta que reciben el paquete integral de atención priorizado.							
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)							
Limitaciones para la medición del indicador	Alta rotación de recursos humanos en los establecimientos de salud que reporta dicha información. Reportes estadísticos desactualizados a nivel de punto de atención y de la etapa de vida joven de cada DIRESA/GERESA/DIRIS							
Método de cálculo	Fórmula: $(Njpci/Tpjs)*100$ Donde: Njpci: Número de jóvenes hombres y mujeres con paquete de cuidado integral de salud básico ejecutado. Tpjs: Población joven total asignada por establecimientos de salud del año 2023. Especificaciones técnicas El paquete de cuidado integral de salud del joven se concibe como un conjunto de prestaciones esenciales que se brinda a la persona joven, de 18 a 29 años, a fin de detectar y prevenir los riesgos como: ITS/VIH, diabetes, hipertensión, enfermedades metabólicas, problemas de salud mental, entre otros, así como fortalecer los factores protectores que contribuyen al desarrollo positivo de los jóvenes. El paquete de cuidado integral de salud básico en el joven incluye las siguientes prestaciones esenciales de salud, según la normativa vigente: _ Tamizaje de violencia 96150.01, Tamizaje de drogas y alcohol 96150.02, Tamizaje de depresión 96150.03, Evaluación nutricional y antropométrica (99209.04), Consejería integral (99401), _ Consejería en salud sexual y reproductiva (99402.03), Prestaciones complementarias: _ Inmunizaciones: Vacunación Antihepatitis Viral B- 90746 ó Vacuna contra la Influenza- 90658 ó Vacunación Diftotetánica- 90714 _ Tamizaje de VIH por prueba rápida (86703 + LAB: RN ó RP), _ Tamizaje de Sífilis por prueba rápida (86780 + LAB: RN ó RP), Tamizaje de Sífilis por anticuerpo no treponémico cuantitativa (86593 + LAB: RN ó RP), Tamizaje de Hepatitis B por prueba rápida (87342 + LAB: RN ó RP), Test de descarté de embarazo (Z320), _ Entrega de métodos anticonceptivos (incluye AOE). El paquete AIS JOVEN ELABORADO se registra con 99385/D lab: 1 y el paquete AIS JOVEN EJECUTADO se registra con 99385/D lab: TA							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores a partir de las coordinaciones respectivas con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadística e Informática Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA, Estadísticas del INEI							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	1.4%	1.3%	1.5%	2%	2.5%	3%	4%	5%

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

		El paquete de intervenciones preventivo promocional priorizado que se brinda al adulto incluye las siguientes prestaciones de salud: EVALUACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO (Hombre y Mujer) Evaluación clínica de factores de riesgo, incluye: (Z019) a) cálculo del índice de masa corporal (IMC), (U8170) b) medición del perímetro abdominal. (U8170) c) Valoración de estilos de vida. (99401.13) d) Medición de presión arterial. (99199.22) e) Consejería en estilos de vida saludable. (99401.13) . Si se identifica factores de riesgo, como: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes y/o hipertensión arterial, historia familiar de Diabetes Mellitus Tipo 2, antecedentes de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico y IMC <25 kg/m² además se realizará: - Examen de Laboratorio (Z017), a) Dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa, b) Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL(), LDL calculado y triglicéridos). PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (Hombre y Mujer) 1. Evaluación clínica de factores de riesgo, incluye: (Z019) Incluye: a) cálculo del índice de masa corporal (IMC), (U8170), b) medición del perímetro abdominal. (U8170) c) Valoración de estilos de vida. (99401.13), d) Medición de presión arterial. (99199.22), e) Consejería en estilos de vida saludable. (99401.13), f) Examen de Laboratorio (Z017): - Dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa, - Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL(), LDL calculado y triglicéridos). 2. Salud Mental (Hombre y Mujer): - Tamizaje de salud mental depresión. (96150.03), - Tamizaje de Violencia Intrafamiliar. (96150.01) - Tamizaje de Salud Mental en Alcohol y Drogas (96150.02) 4. Cáncer mujeres: - Cáncer de mama: - Tamizaje de cáncer de mama. (99386.03) - Cáncer de Cuello Uterino: (Tamizaje de cáncer de cuello uterino por citología (PAP). (88141), Tamizaje de cáncer de cuello uterino con inspección visual con ácido acético (IVAA). - (88141.01), Tamizaje por detección molecular de virus papiloma humano (87621) Nota: Para el cumplimiento de la actividad se considerará haber realizado al menos uno de los 3 tamizajes. 5. Cáncer (varones): - Tamizaje de cáncer de próstata. (84152) 6. Cáncer: (Mujeres - Varones): Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer. (99402.08) NOTA: Para el numerador del indicador se deberá considerar el cumplimiento del paquete de cuidado integral de salud en un periodo de tiempo no mayor de 6 meses.						
Sentido esperado del indicador		Ascendente						
Supuestos		Todos los establecimientos de salud cuentan con los recursos suficientes y necesarios para la prestación orientada a la población adulta y los registros en el HIS son adecuados y oportunos						
Fuente y bases de datos		Fuente: Ministerio de Salud						
		Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA						
		Línea de base	Logros esperados					
Año	2020	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	0.18%	0.8%	1.3%	1.8%	2.3%	2.8%	3.3%	3.8%

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

	El paquete de intervenciones preventivo promocional priorizado que se brinda al adulto mayor incluye las siguientes prestaciones de salud: VACAM, Código 99215.03 Valoración Antropométrica (Peso, Talla, perímetro abdominal, IMC) código 99209.04 Dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa. Código 82947 Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL(), LDL calculado y triglicéridos). Código E785 Examen para Tumor de Próstata. Código Z125 Antígeno Prostático Específico (PSA)Código R92.2 ANTIGENO PROSTATICO Específico (PSA) Libre: Código 84154 Papanicolaou, código 88141 Examen Pélvico. Código Z01.4 IVVA / IVVAM, código: 88141.0 Examen Clínico de Mama (ECM), Código 99386.03 Tamizaje de depresión, Código: 96150.03 Tamizaje de Violencia, Código:96150.01 Tamizaje de Alcohol y drogas, Código:96150.02 Tamizaje en Episodio Psicótico, Código: 96150.04 Consejería nutricional, Código: 99403.01 Consejería integral, Código 99401 Consejería de prevención de riesgo en salud mental. Código:99402.09 Consejería en prevención del cáncer, Código: Consejería en prevención del cáncer Vacuna (influenza), Código: 90658 Vacuna contra el neumococo, Código: 90670							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Todos los establecimientos de salud cuentan con los recursos suficientes y necesarios para la prestación orientada a la población adulta mayor y los registros en el HIS son adecuados y oportunos							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud							
	Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2019*	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	5.93%	6.76%	7.26%	7.76%	8.26%	8.76%	9.26%	9.76%

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

Ficha Técnica del Indicador OES 3 - Ind 3.1								
Objetivo Estratégico Sectorial		Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.						
Nombre del Indicador		Índice de ejecución de las decisiones en salud						
Justificación		La medición de la ejecución de las decisiones en salud es una herramienta importante para monitorear el progreso de la ejecución de las decisiones efectuadas para que se cumplan los objetivos establecidos en salud. Los indicadores seleccionados son relevantes para el logro de las coberturas de atención del Sector Salud y la mejora de la calidad en la atención, la equidad en el acceso a los servicios y la sostenibilidad del sistema. Contar con la identificación de los indicadores seleccionados permite identificar áreas en las que se necesitan mejoras.						
Responsable del Indicador		Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud						
Limitaciones para la medición del indicador		Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.						
Método de cálculo		Fórmula: $Id1 \times 0.2 + Id2 \times 0.2 + Id3 \times 0.2 + Id4a \times 0.1 + Id4b \times 0.1 + Id5 \times 0.2$ Donde: A = Puntajes logrados de los indicadores de decisión. Id = Indicadores de decisión. Especificaciones técnicas Los puntajes logrados se obtienen mediante la puntuación de los siguientes indicadores: 1) ID1 = % de regiones con 80% de ejecución del presupuesto en bienes y servicios en salud al III trimestre. 2) ID2 = % de regiones en que al menos 80% de sus establecimientos de Salud de cada nivel de atención brinda el 95% de las prestaciones a afiliados en SIS con diagnóstico y tratamiento según normatividad vigente. 3) ID3 = % de regiones en que al menos el 90% de sus EE con disponibilidad (normo stock) de productos farmacéuticos esenciales de acuerdo a nivel de atención. 4) ID4a = % de regiones en que al menos el 80% de los establecimientos de salud del primer nivel cuentan con profesional médico. ID4b = % de regiones en que al menos el 80% de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel cuentan con especialistas de acuerdo a la naturaleza del establecimiento. 5) ID5 = % de regiones en el que al menos el 90% de equipos reciben mantenimiento preventivo y/o correctivo de acuerdo a plan.						
Sentido esperado del indicador		Ascendente						
Supuestos		Los gobiernos regionales priorizan el cumplimiento de la atención en salud de la población.						
Fuente y bases de datos		Fuente: Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud						
		Base de datos: Registros administrativos del Ministerio de Salud						
Línea de base		Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	0	0.35	0.42	0.49	0.56	0.68	0.74	0.82

Ficha Técnica del Indicador OES 3 - Ind 3.2								
Objetivo Estratégico Sectorial		Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud						
Nombre del Indicador		Índice de coberturas alcanzadas en salud						
Justificación		La medición del índice de coberturas alcanzadas en salud nos permite medir el avance de coberturas clave para grupos vulnerables de la población. Asimismo, sirve para evaluar la capacidad resolutoria del sistema en actividades de diagnóstico, tratamiento oportuno, enfermedades prevalentes o graves como anemia, cáncer diabetes, VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. En este proceso de medición se identifican brechas en las coberturas de servicios esenciales de salud pública entre diferentes regiones del país, sus compromisos con la salud pública y la rendición de cuentas de las coberturas de los servicios de salud.						
Responsable del Indicador		Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud						
Limitaciones para la medición del indicador		Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.						
Método de cálculo		Fórmula: $\sum_{i=1}^n Ic \times 0.1$ Donde: A = Puntajes logrados de los indicadores de decisión. Ic = Indicadores de cobertura. N = Cantidad de indicadores de cobertura Especificaciones técnicas 1) IC1 = % de regiones con al menos el 50% de niñas y niños menores de 1 año que reciben el paquete de intervenciones preventivas según norma vigente. 2) IC2 = % de regiones en la que al menos el 80% de gestantes reciben el paquete de intervenciones preventivas según norma vigente. 3) IC3 = % de regiones en la que al menos el 70% de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, se han recuperado. 4) IC4 = % de regiones en la que al menos el 70% de mujeres de 25 a 65 años afiliadas al SIS con tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. 5) IC5 = % de regiones en la que al menos el 70% de afiliados al SIS con diagnóstico de diabetes e hipertensión reciben tratamiento oportuno según norma vigente. 6) IC6 = % de regiones en la que al menos el 70% de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de una población estimada son tamizados para VIH. 7) IC7 = % de regiones con población que reside en zonas de riesgo para malaria* que al menos el 90% de las personas diagnosticadas, reciben tratamiento según normativa vigente. 8) IC8 = % de regiones en la que al menos el 80% de personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales reciben el paquete completo de intervenciones según norma vigente. 9) IC9 = % de regiones en la que al menos el 80% de niñas y niños de 6 meses a menores de 6 años reciben el paquete de procedimientos estomatológicos preventivos. 10) IC10 = % de regiones en la que al menos el 80% de personas que acceden al establecimiento de salud con Dx de TB Pulmonar, recibe tratamiento oportuno para Tuberculosis, y sus complicaciones.						
Sentido esperado del indicador		Ascendente						
Supuestos		Los gobiernos regionales priorizan el cumplimiento de la atención en salud de la población.						
Fuente y bases de datos		Fuente: Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Base de datos: Registros administrativos del Ministerio de Salud						
		Línea de base	Logros esperados					
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	0	0.42	0.49	0.56	0.63	0.7	0.77	0.84

Ficha Técnica del Indicador AES 3.1 - Ind 3.1.1								
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.							
Acción Estratégica Sectorial	Fortalecer los mecanismos de cumplimiento de la función reguladora y fiscalizadora en salud.							
Nombre del Indicador	Porcentaje de controversias en materia de salud atendidas y/o resueltas de manera oportuna							
Justificación	El indicador ayuda a determinar el grado de acceso y resolución de controversias en materia de salud de la población en su calidad de personas usuarias de los servicios de salud y/o agentes del Sistema Nacional de Salud, a través de mecanismos alternativos de Conciliación, Mediación y Arbitraje especializado en salud. Reflejando la importancia del CECONAR como órgano resolutorio a nivel nacional en la gestión de conflictos suscitados en el Sistema Nacional de Salud y facilitando el acceso a la justicia en salud de la población.							
Responsable del Indicador	Superintendencia Nacional de Salud - Centro de Conciliación y Arbitraje CECONAR.							
Limitaciones para la medición del indicador	Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.							
Método de cálculo	Fórmula: $\frac{A}{B} \times 100$ Donde: A: Número de controversias atendidas y/o resueltas a través de Medios Alternativos de Solución de Conflictos en salud (MASC) en el año n B: Número de controversias presentadas al CECONAR en el año n N: el año de medición Especificaciones técnicas Número de controversias atendidas y/o resueltas: Número procedimientos de conciliación, mediación y procesos arbitrales concluidos, conforme a la normatividad especial vigente, independientemente de su fecha de presentación al CECONAR. Número de controversias presentadas al CECONAR: Número de demandas arbitrales presentadas y número de solicitudes de conciliación y mediación admitidas, conforme a la normatividad especial vigente. MASC: Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos (conciliación, mediación y arbitraje)							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Las controversias presentadas al Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR cuentan con los requisitos previstos en la normativa especial vigente para su admisión y tramitación conforme a la normatividad especial vigente.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Superintendencia Nacional de Salud - Centro de Conciliación y Arbitraje CECONAR							
	Base de datos: Reportes de Jefaturas, Sistema de Atención al Usuario (SAU), Plataforma Virtual de Arbitraje, Libro de Registro de Procedimientos Conciliatorios (RPC).							
Línea de base	Logros esperados							
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	89.00	91.00	92.00	93.00	94.00	95.00	96.00	97.00

Ficha Técnica del Indicador AES 3.2 - Ind 3.2.1								
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.							
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el nivel de cumplimiento de los mecanismos de articulación intergubernamental en el sistema de salud.							
Nombre del Indicador	Porcentaje de compromisos asumidos en los mecanismos de articulación intergubernamental implementados por los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Salud							
Justificación	Este indicador facilitará la medición de la gestión articulada y coordinada del MINSA con los gobiernos regionales mediante la medición del cumplimiento de compromisos asumidos. Este proceso se de acuerdo a lo que establece la Ley de Bases de Descentralización y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y la Ley de la Función Rectora en Salud, Política Multisectorial en Salud al 2030, los lineamientos de política y las prioridades sectoriales nacionales. Lo cual permite fortalecer el Rol Rector del MINSA, la gestión intergubernamental, adoptándose un modelo de gobernanza colaborativa en salud para dialogar, negociar, adoptar e implementar acuerdos con los gobiernos regionales que contribuyan implementación de las políticas en salud.							
Responsable del Indicador	Oficina General de Descentralización (OGDESC) - Ministerio de Salud							
Limitaciones para la medición del indicador	Este indicador, recoge información de todas las regiones y de las Direcciones Generales del MINSA por lo cual se prevé algunas dificultades en la recepción oportuna de la información.							
Método de cálculo	Fórmula: $\frac{\sum_{i=1}^n ComCum}{\sum_{i=1}^n TotCom} \times 100$ Donde: ComCum: Número compromisos cumplidos en las reuniones de los mecanismos de articulación intergubernamental durante determinado periodo. TotCom: Total de compromisos asumidos en los mecanismos y plataformas de articulación intergubernamental del MINSA n: MINSA y los 25 Gobiernos Regionales Especificaciones técnicas Coordinar y articular las relaciones intergubernamentales e intersectoriales para coadyuvar al cumplimiento de las funciones de salud transferidas, en el marco del proceso de descentralización, así como realizar el seguimiento y monitoreo de su cumplimiento en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud En el año 2024 se genera una leve disminución debido al cambio de gestión en los gobiernos regionales, sin embargo, los siguientes años tendrán un sentido ascendente.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	El cambio constante de Ministro de Salud y el cambio de gestión gubernamental del ejecutivo no afecta el desarrollo y la implementación de los acuerdos adoptados en las reuniones intergubernamentales.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Oficina General de Descentralización (OGDESC)							
	Base de datos: Registros administrativos del Ministerio de Salud							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	68%	60%	65%	70%	72%	75%	78%	81%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.3 - Ind 3.3.1																																			
Objetivo Estratégico Sectorial		Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.																																	
Acción Estratégica Sectorial		Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud																																	
Nombre del Indicador		Índice de Capacidad Preventiva Sectorial frente a la Corrupción (ICP)																																	
Justificación		La medición del Índice de Capacidad Preventiva frente a la Corrupción (ICP) es una propuesta liderada por la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros que permite medir el nivel de adecuación al estándar de integridad por parte de las entidades públicas, a través del desarrollo de los componentes y subcomponentes del Modelo de Integridad, evidenciando las brechas y oportunidades de mejora en la entidad. El Modelo de Integridad constituye también una estructura de cumplimiento que desarrolla un estándar general de gestión ética para las organizaciones del Estado, para fortalecer la actuación pública y la capacidad de las entidades para hacer frente a la corrupción. La Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros medirá la integridad y lucha contra la corrupción en 05 Etapas, que será implementada progresivamente, teniendo como metodología evaluaciones semestrales.																																	
Responsable del Indicador		Oficina de Transparencia y Anticorrupción (OTRANS) del Ministerio de Salud																																	
Limitaciones para la medición del indicador		La medición del indicador es posible mediante el reporte oportuno efectuado por el evaluador externo de la implementación del Modelo del IPC, la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros. Este sistema se implementa de manera progresiva, estando supeditado a los estándares adicionales de la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros.																																	
Método de cálculo		Fórmula: $\sum_{i=1}^n \left(\sum_{j=1}^m (ICP_{ij}) / m \right) / n$ Donde: ICP = Índice de Capacidad Preventiva (o puntaje obtenido) por entidad adscrita al Sector Salud (entre 0 y 1) en la etapa evaluada para el periodo en medición. m = Total de entidades adscritas al Sector Salud, incluyendo al MINSA. n = Total de etapas evaluadas por la SIP PCM. Especificaciones técnicas El Índice de Capacidad Preventiva frente a la corrupción (ICP) es la herramienta que permite medir el nivel de adecuación al estándar de integridad por parte de las entidades públicas, a través del desarrollo de los componentes y subcomponentes del Modelo de Integridad, evidenciando las brechas y oportunidades de mejora El Índice de Capacidad Preventiva Frente a la Corrupción es reportado por el MINSA y las entidades adscritas al Sector Salud en función de las etapas y componentes evaluados cada año, solicitados por la Secretaría de Integridad Pública de la PCM, para efectos de la evaluación del presente Pesem se tomará la última medición realizada por la PCM.																																	
Sentido esperado del indicador		Ascendente																																	
Supuestos		Se cuenta con los recursos disponibles para implementar la presente acción estratégica.																																	
Fuente y bases de datos		Fuente: Secretaría de Integridad Pública																																	
		Base de datos: Reporte Nacional de la Implementación del Modelo de Integridad.																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Línea de base</th><th colspan="7">Logros esperados</th></tr> <tr> <th>Año</th><th>2023</th><th>2024</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th><th>2028</th><th>2029</th><th>2030</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor</td><td>0.6</td><td>0.7</td><td>0.8</td><td>0.8</td><td>0.9</td><td>0.9</td><td>1</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>							Línea de base		Logros esperados							Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Valor	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1	1
Línea de base		Logros esperados																																	
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030																											
Valor	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1	1																											

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

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

Ficha Técnica del Indicador AES 3.3 - Ind 3.3.3								
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud							
Acción Estratégica Sectorial	Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud							
Nombre del Indicador	Porcentaje de recursos humano en salud con capacidades fortalecidas							
Justificación	Medir este indicador nos permite identificar que el Recurso Humano en Salud (RHUS) cuente con capacidades alineadas a prioridades de salud de la población y para la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública. Esto incluye el conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para el cuidado integral y continuo centrado en la persona; la identificación y el cuidado apropiado de los problemas relacionados a la carga de enfermedad y características epidemiológicas regionales y locales; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; el abordaje de las determinantes sociales; la ética profesional; y, las intervenciones sobre las necesidades de salud y las demandas de la comunidad de acuerdo las prioridades de salud establecidas a nivel regional y local,							
Responsable del Indicador	Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud							
Limitaciones para la medición del indicador	Al recoger información de todas las OGGRH de las Diresas, Geresas, Diris, podría generarse algunas dificultades en la recepción oportuna de la información.							
Método de cálculo	Fórmula: $\frac{A}{B} \times 100$ Donde: A= Número de RHUS que culmina satisfactoriamente las capacitaciones, mayor a 51 horas o tres créditos por semestre, ofertadas por la escuela de salud pública o programadas en el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) de su entidad. B= Total de RHUS considerado en el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) de su entidad. Especificaciones técnicas El fortalecimiento de las capacidades de los RHUS mejora la calidad de la atención, porque los RHUS con mayores competencias están en mejores condiciones de brindar una atención de salud de alta calidad, reduce la inequidad en la atención al encontrarse con mejores condiciones de brindar atención a las poblaciones vulnerables, asegura la sostenibilidad, debido a que los RHUS capacitados tienen mejores herramientas para adaptarse a los cambios y desafíos del sistema de salud.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	El RHUS participa y contribuye en el desarrollo e implementación de los Planes de Desarrollo de las Personas se encuentren debidamente aprobados y presupuestados por la entidad por las Diresas, Geresas y Diris							
Fuente y bases de datos	Fuente: Diresas, Geresas y Diris Base de datos: Registros de capacitación de las OGGRH o quien haga sus veces de las entidades de las Diresas, Geresas y Diris a nivel nacional y la ENSAP,							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	0%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%

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

	información cualitativa. Atributos: uno de un conjunto de elementos o características específicas que reflejan el nivel de desempeño o logro de un indicador específico. Niveles de capacidad: a cada atributo se le ha asignado un nivel de madurez o un "nivel de capacidad". El logro de un nivel de capacidad determinado requiere que todos los atributos de los niveles inferiores estén en su lugar. En la lista de verificación, el estado del desarrollo de capacidades básicas se mide en cinco niveles de capacidad, cada uno de los cinco niveles utilizados se describe mediante indicadores específicos, según la capacidad relacionada							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Financiamiento para la implementación plena de las capacidades e involucramiento del Gobierno y de los diferentes sectores							
Fuente y bases de datos	Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)							
	Base de datos: Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los estados partes							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2021	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	35%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%

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

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

	en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente.							
Supuestos	Se asume que las entidades de los tres niveles de gobierno alinean sus políticas y planes a estos lineamientos. 1. Cuentan con recurso humano especializado y capacitado en los diferentes niveles de gobierno, en relación a las herramientas que se aplican en contexto de establecimientos de salud seguros. 2.- Disponen con presupuesto para la implementación de establecimientos de salud seguros, a través de programas presupuestales de salud y proyectos de inversión. 3. Están comprometidos en la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección de las entidades públicas de salud que, facilite la implementación de establecimientos de salud seguros. 4. Se realizan alianzas con actores estratégicos del nivel sectorial, multisectorial y multinivel.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio Salud							
	Base de datos: Base de datos de la Dirección General de Gestión de Riesgos y Desastres.							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	0%	5%	10%	15%	20%	25%	35%	50%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.4 - Ind 3.4.3								
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud							
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población.							
Nombre del Indicador	Porcentaje de regiones con ofertas móviles implementadas, para la respuesta oportuna a emergencias y desastres en salud.							
Justificación	El indicador permite medir el avance de las condiciones para poder brindar una atención oportuna a las personas afectadas por emergencias y desastres. La medición del porcentaje de regiones con Ofertas Móviles implementadas verifica que las regiones tienen la capacidad para responder a cualquier eventualidad. Cuantifica el porcentaje de regiones con Ofertas Móviles implementadas, para determinar la capacidad de respuesta a emergencias y desastres.							
Responsable del Indicador	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. Unidad de Movilización en Salud. - DIGERD del Ministerio de Salud							
Limitaciones para la medición del indicador	No se registra limitación.							
Método de cálculo	Fórmula: $\frac{A}{B} \times 100$ Donde: A: Número de regiones con Ofertas Móviles implementadas, para la respuesta a emergencias y desastres B: Número total de regiones del país (25) Especificaciones técnicas Se determina que la región ha sido implementada con Oferta Móvil, si cumple con tres (03) criterios como mínimo: 1er criterio: Región que cuentan con más de dos infraestructuras móviles (Tienda modular, módulos prefabricados, carpas entre otros) implementadas, para la atención de salud en emergencias y desastres. 2do criterio: Región fortalecidas mediante la capacitación, en el marco de Gestión de Riesgo y Desastres de salud (EMT, Brigada entre otros). 3er criterio: Región con Oferta móvil, autónoma y autosuficiente en su desplazamiento y despliegue. 4to criterio: Región con recursos humanos (EMT, Brigadas y otros) equipados para la atención de emergencias y desastres. - Oferta Móvil para emergencias y desastres: es el conjunto de infraestructuras con equipamiento y recursos humanos, que permiten brindar una respuesta, para la atención en salud de las personas afectadas por alguna emergencia o desastre, así como la prevención ante escenarios con riesgo inminente a la salud. Esta infraestructura móvil es autónoma y autosuficiente y tiene capacidad de desplazamiento y despliegue inmediato.							
Sentido esperado del indicador	Ascendente							
Supuestos	Se cuenta con suficientes recursos presupuestales para la implementación de la Oferta Móvil en regiones.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud							
	Base de datos: Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud							
Línea de base		Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.4 - Ind 3.4.4	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en beneficio de la salud pública.
Justificación	Este indicador permite medir la implementación de las medidas de adaptación de mitigación frente al cambio climático en forma progresiva mediante un proceso constructivo y con participación activa de los diferentes órganos y unidades orgánicas del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud; distintos sectores y actores estratégicos, orientado a incorporar la gestión integral del cambio climático en las planes, estrategias, instrumentos y herramientas regionales; en el marco de la Ley N°307504 que aprueba la "Ley Marco sobre Cambio Climático", con la finalidad de adaptarnos al cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.
Responsable del Indicador	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud. - cambio climático / DIGERD del Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	. No se cuenta con disponibilidad de un sistema de información digital para contar de manera oportuna con la información de los avances de las regiones en la implementación de la gestión integral del cambio climático.
Método de cálculo	Fórmula: $\frac{A}{B} \times 100$ Donde: A: Número de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en salud. B: Total de regiones. Especificaciones técnicas Se determina por el número de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en salud, entre el total de regiones, a fin de establecer si la región implementa la gestión integral del cambio climático, para lo cual deberá considerar los siguientes criterios - 1er criterio: DIRESA/GERESA que cuentan con Grupo de Trabajo de Cambio Climático conformado y activo. - 2do criterio: DIRESA/GERESA han establecido metas regionales frente al cambio climático en articulación con la Programación Tentativa de las Contribuciones Nacionalmente en Salud. - 3er Criterio: DIRESA/GERESA que cuenten con algún documento de planificación regional en salud frente al cambio climático. - 4to Criterio: DIRESA/GERESA que estén implementando acciones frente al cambio climático en articulación con sus metas regionales establecidas en articulación con Programación Tentativa de las Contribuciones Nacionalmente en Salud. Se considerará región que implementa la gestión integral del cambio climático, aquella que cumple con al menos 3 de los 4 criterios establecidos. Asimismo, es obligatorio el cumplimiento del 4to criterio.
Sentido esperado del indicador	Ascendente

Supuestos	1. Se cuenta con la cantidad suficiente de recursos humanos en salud especializado y capacitado en las regiones, en relación a la gestión integral del cambio climático. 2. Incorporación de la gestión integral del cambio climático en los documentos de gestión y documentos de planificación del Ministerio de Salud y de las DIRESA/GERESA. 3. Contar con un presupuesto específico para la implementación de la gestión integral del cambio climático en salud, el cual esta incorporado en los programas presupuestales multisectoriales o sectoriales, inversiones en salud, entre otros. 4. Contar con el compromiso y toma de decisiones por parte de la Alta Dirección del Ministerio de Salud y de las DIRESA/GERESA, lo cual facilite la implementación de las acciones en salud frente al cambio climático. 5. Alianzas estratégicas con actores estratégicos del nivel sectorial, multisectorial y multinivel.							
Fuente y bases de datos	Fuente: Direcciones Regionales de Salud / Gerencias Regionales de Salud.							
	Base de datos: Fichas de Reporte de Monitoreo Regional Anual de cada Dirección Regional de Salud / Gerencia Regional de Salud.							
	Línea de base	Logros esperados						
Año	2022	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor	12%	20%	40%	60%	72%	80%	88%	100%



PERÚ

Ministerio
de Salud