

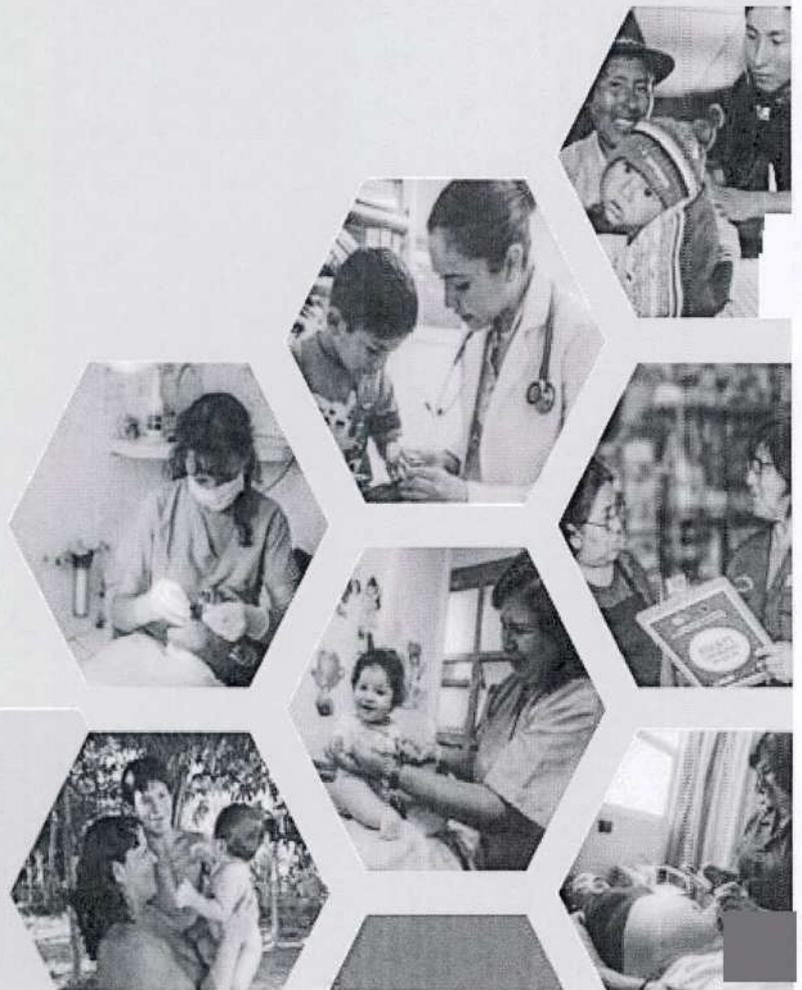


PERÚ Ministerio de Salud

PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL 2024 – 2030 SECTOR SALUD



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



Comisión Sectorial de Planeamiento Estratégico del Sector Salud

Ministro de Salud
Cesar Henry Vásquez Sánchez

Viceministro de Salud Pública
Eric Ricardo Peña Sánchez

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
Ciro Abel Mestas Valero

Titulares de los Pliegos del Sector Salud

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

Secretario General
Juan Enrique Alcántara Medrano

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

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

Grupo de Trabajo Sectorial de Planeamiento Estratégico del Sector Salud

Equipo Técnico para la formulación del Pesem

José Basilio Pajuelo Cuba
Libny Betsabeth More Huamán
José Alfredo Moreyra Chávez
Rodrigo Eduardo del Río Ríos

Ministerio de SALUD - MINSA

Dirección: Sede central del Ministerio de Salud: Av. Salaverry 801 - Lima - Lima - Jesús María - Perú - 15072

Central Telefónica: (01) 3156600

Portal Digital: <https://www.gob.pe/minsa>

Lima, 2023

CONTENIDO

1.	PRESENTACIÓN	5
2.	FASE 1 CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LA REALIDAD	7
2.1.	Diagnóstico del Sector Salud	8
2.2.	Imagen actual del Sector Salud	37
3.	FASE 2: FUTURO DESEADO	42
3.1.	Análisis de futuro	42
3.2.	Aspiraciones para el sector	74
3.3.	Construcción del futuro deseado	76
3.4.	Redacción de la imagen del futuro deseado del Sector Salud	77
4.	FASE 3: POLÍTICAS Y PLANES COORDINADOS	81
4.1.	Objetivos Estratégicos Sectoriales	81
4.2.	Acciones Estratégicos Sectoriales	82
4.3.	Contribución del Pesem a los instrumentos que orientan el desarrollo	90
5.	FASE 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA	96
5.1.	Seguimiento	97
5.2.	Evaluación	97
5.3.	Productos del proceso de seguimiento y evaluación	97
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
	Anexo 1: Análisis de las tendencias y su impacto en las variables del Sector Salud	101
	Anexo 2: Análisis de los riesgos y su impacto en las variables del Sector Salud	109
	Anexo 3: Análisis de las oportunidades y su impacto en las variables del Sector Salud	113
	Anexo 4: Análisis de los escenarios y su impacto en las variables del Sector Salud	114
	Anexo 5: Proyecciones de las variables prioritarias del Sector Salud	116
	Anexo 6: Aspiraciones	118
	Anexo 7: Fichas técnicas de los indicadores de objetivos y acciones estratégicas sectoriales	123

Acrónimos y Siglas

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

1. PRESENTACIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad¹. El Estado Peruano reconoce a la salud como derecho fundamental, estableciendo que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y su defensa². La salud es derecho en lo cual es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla³.

Siendo la salud, a lo largo del curso de la vida, un proceso dinámico que comienza antes de la concepción y continúa durante toda la existencia⁴, es fundamental tener una mirada holística, integral, donde debemos ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, y tener siempre presente la forma en que la salud de un individuo, su familia, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras, están interconectadas a lo largo de la vida.

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

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

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

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

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

² Constitución Política del Perú. Artículo 7° de la

³ Ley N° 26842, Ley General de Salud. Título Preliminar. Numerales I y II.

⁴ Half on N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly* 2002; 80(3):433-479.

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

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

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

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

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

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

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

2. FASE 1 CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LA REALIDAD

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

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

Tabla 1. Delimitación de ámbito de competencia del Sector Salud

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

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

2.1. Diagnóstico del Sector Salud

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud (1948), en un sentido holístico, como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁵. La salud es la resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma en que interactúan determina finalmente el estado de salud que es susceptible de medirse. La salud de las personas constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y adaptación armónica permite su crecimiento y desarrollo individual, y social⁶.

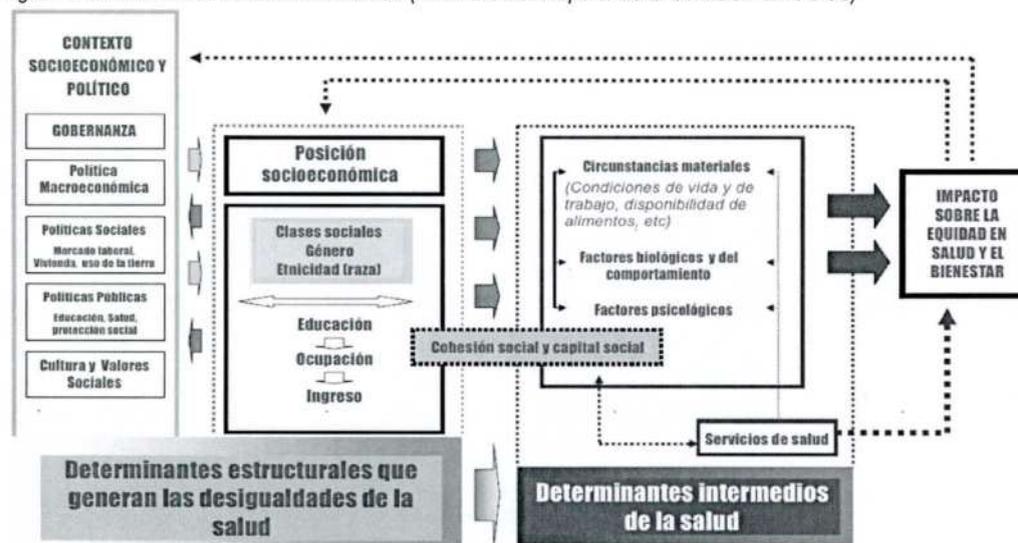
⁵ OMS. Constitución de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

⁶ Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad. Aprobado con RM 030-2020/MINSA. Ministerio de Salud.

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

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

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



Fuente: Comisión OMS sobre Determinantes sociales de la salud.

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

Figura 2. Contribución de los determinantes de la salud



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

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

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

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

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

Tabla 2. Listado de variables prioritarias seleccionadas

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

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

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

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

⁸ Organización Mundial de la Salud (1948)

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

⁹ Naslund-Hadley E., Ramos M., Paredes J., Bolívar A. & Wilches-Chaux G. (2015). *Garantizar entornos saludables*.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/17061/garantizar-entornos-saludables>

Ministerio de Salud de Colombia

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/EntornosSaludables.aspx>

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

en términos de discapacidad, de manera que hacen posible identificar aquellos problemas de salud que sin ser causas de muerte son causa de importante morbilidad, comorbilidad y discapacidades¹¹. Estos estudios han sido efectuados por diversas entidades y, aunque no son comparables entre sí, han servido para estimar la magnitud de problemas en algunos países, regiones o áreas geográficas, sirviendo de base para establecer prioridades en salud, en la toma de decisiones informada en la evidencia y a la generación de políticas públicas dirigidas a fortalecer la prestación de los servicios sanitarios y a contribuir en la reducción de brechas e inequidades en salud¹².

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

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

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

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

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

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2019.

Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

¹¹ Gómez et col. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. Rev Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene.2011.

¹² MINSA (2019) Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016.

¹³ Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1204-22.

¹⁴ El AVISA mide la brecha entre las condiciones de salud existentes e ideales. Es decir, una persona o población que vive en plena salud con la máxima esperanza de vida experimentaría cero AVISA. Por otro lado, la medición de los AVISA evitados, es una forma muy efectiva de medir el éxito (o el éxito potencial) de una política o intervención de salud pública.

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

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

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

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

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

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

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

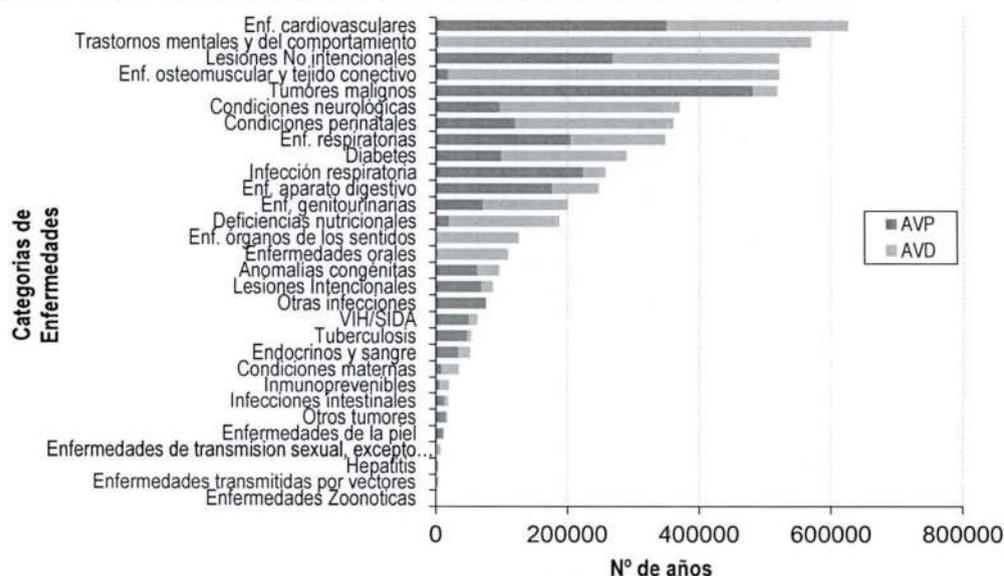
Las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo determinaron que se perdieran 521 086 AVISA (9.0% del total; 16.2 AVISA por mil), de los cuales el 96.4% se debieron al componente AVD y el 3.6% restante al AVP. Los tumores malignos causaron 518 176 años saludables perdidos (8.9% del total; 16.1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

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

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

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

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



Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2019.

Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

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

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

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

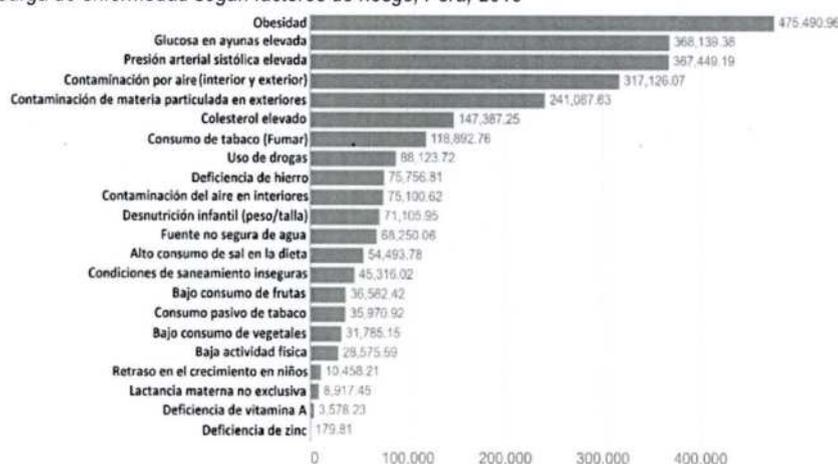
*Nota: Los datos de Lima, incluyen Lima Metropolitana.

Fuente: Carga de Enfermedad por regiones, 2018.

Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

Asimismo, el Instituto de Métricas y Evaluación en Salud ha estimado la carga de enfermedad de 87 factores de riesgo en 204 países y territorios para el periodo 1990 – 2019¹⁵. En el Perú, se observa una transición entre factores de riesgo ambientales como contaminación del aire y desnutrición en niños (bajo peso para la talla) como factores de riesgo predominantes en la década de 1990, mientras que los factores de riesgo metabólicos como obesidad, presión arterial sistólica elevada y glucosa en ayunas ocupaban el séptimo, noveno y décimo segundo lugar, respectivamente. Para el 2019, la obesidad (AVISA: 475,490), glucosa en ayunas elevada (AVISA: 368,139), presión arterial sistólica elevada (AVISA: 367,449) y contaminación del aire (AVISA: 317,126) fueron los cuatro factores de riesgo que contribuyeron al mayor número de AVISA en el Perú. Esta tendencia con predominio de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles es similar a lo observado en otros países ingresos medios altos y de la región de Latinoamérica y el Caribe.

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



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

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

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

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

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

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

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

La mayor parte de la carga de enfermedad y las principales causas de las inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente. En ese sentido, para la identificación de factores relacionados a la variable "Estado de salud de las personas", se tomó en consideración el modelo de Determinantes Sociales de la Salud¹⁶ (DSS) de la OMS (también descrito en la Figura 4), y se adaptó de manera que se muestren aquellos factores que son parte de los determinantes sociales de la salud, de tipo intermedio y estructural; de los cuales se han resaltado aquellos en los que el Sector Salud pueda incidir en su comportamiento, sea de carácter sectorial o multisectorial, debido a su función rectora de la salud, como se muestra en la siguiente Figura 5.

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

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

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

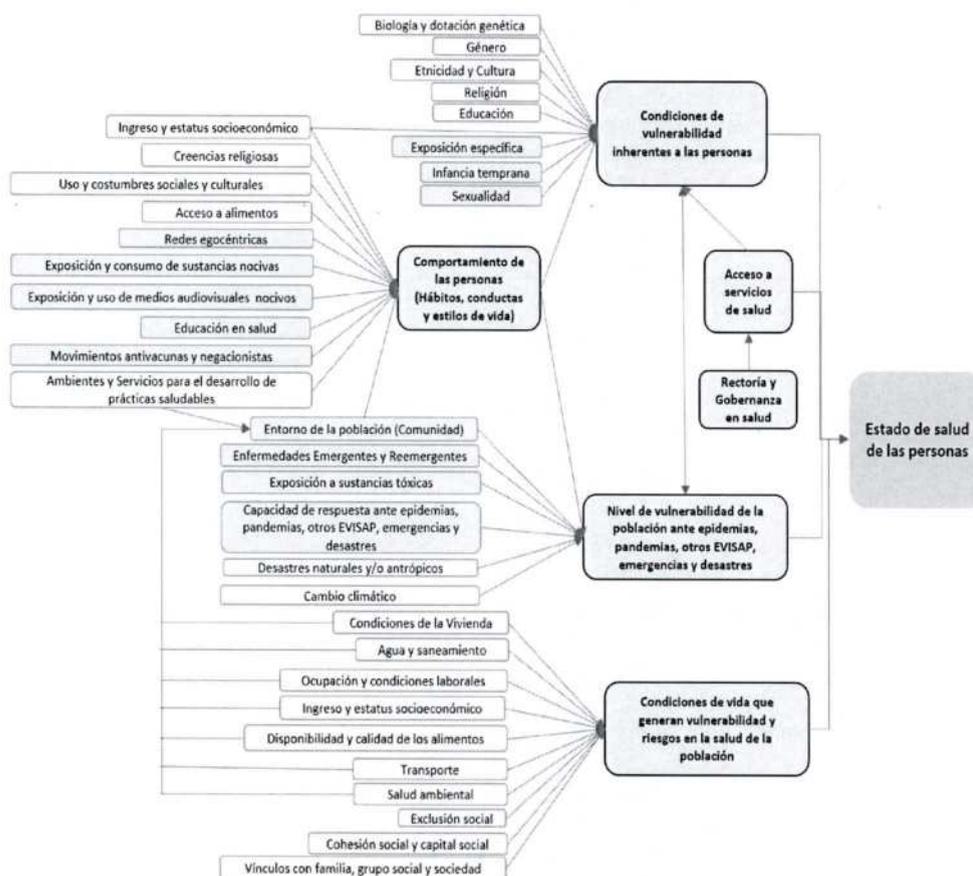
Con relación a las condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población, se relacionan con las condiciones materiales sobre la calidad de la vivienda y de la comunidad, las posibilidades de consumo (acceso a medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada,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

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

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

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

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



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

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

Actores que influyen	Variable prioritaria	Actores influenciados
PCM MEF MIDAGRI MINAM MIDIS MINEDU MIMP MVCS MTC MTPE y EsSalud MINDEF y Sanidades MININTER y Sanidades MINJUSDH y INPE PRODUCE MINCUL UGIPRESS MINSA IPRESS públicas y privadas IAFAS Agentes Comunitarios	<p style="text-align: center;">Estado de salud de las personas</p>	IAFAS IPRESS públicas y privadas UGIPRESS DIRESA/GERESA/DIRIS Población en general

Variable Estratégica N° 2: Acceso a servicios de salud

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

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

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

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2020). Salud Universal. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

¹⁸ Bascolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>

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

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

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

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

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

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

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

Niveles del test de diferencia:

* Diferencia significativa (p < 0.10). ** Diferencia altamente significativa (p < 0.05). *** Diferencia muy altamente significativa (p < 0.01).

El test de diferencia corresponde al último trimestre y su trimestre respectivo del año anterior.

Nota: Los resultados con coeficiente de variación mayor al 15%, deben ser considerados referenciales, porque el número de casos en la muestra para este nivel de desagregación no es suficiente.

^{1/} Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.

P/ Preliminar.

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

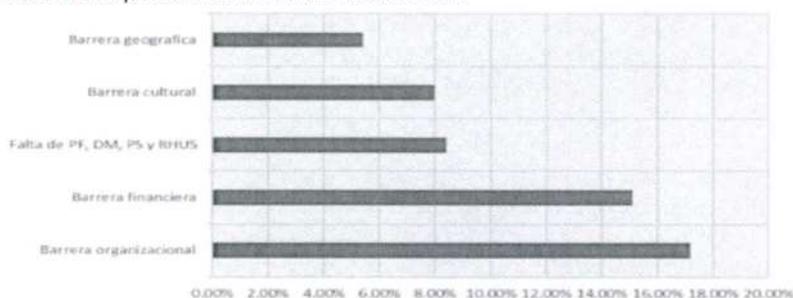
De esto se desprende y muestra según la ENAH; entre los años 2019 al 2022, a nivel nacional y al Trimestre, evidencia que en el 2022 el 31% y en el 2019 el 37% personas con enfermedad crónica accedieron a una atención en salud.

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

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

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

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



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

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

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

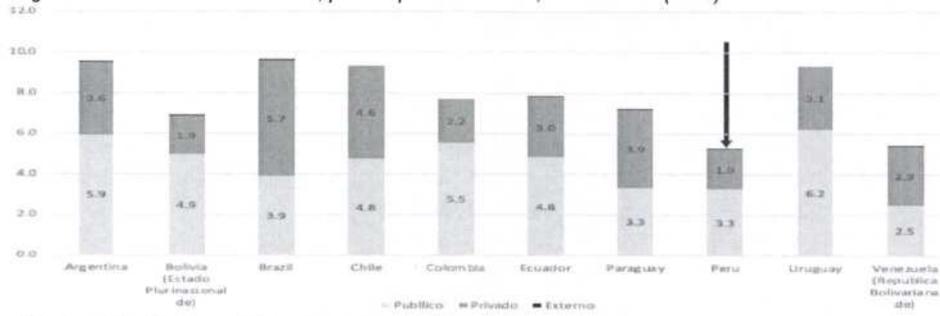
Como se puede apreciar en la siguiente Figura, nuestro país se encuentra entre los países que menos destinan gasto de gobierno en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno. En ese sentido, si la población afronta la mayor parte del gasto en salud, serán incapaces de obtener muchos de los servicios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

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

²¹ Bascolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>

²² OMS. (2021). Cobertura sanitaria universal. Recuperado el 19 de 06 de 2023, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

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

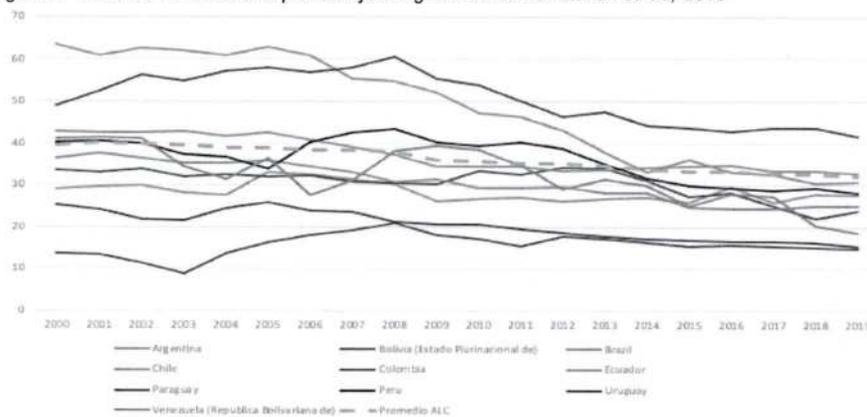


Fuente: WHO, Global Health Expenditure Database

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

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

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



Fuente: WHO, Global Health Expenditure Database

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

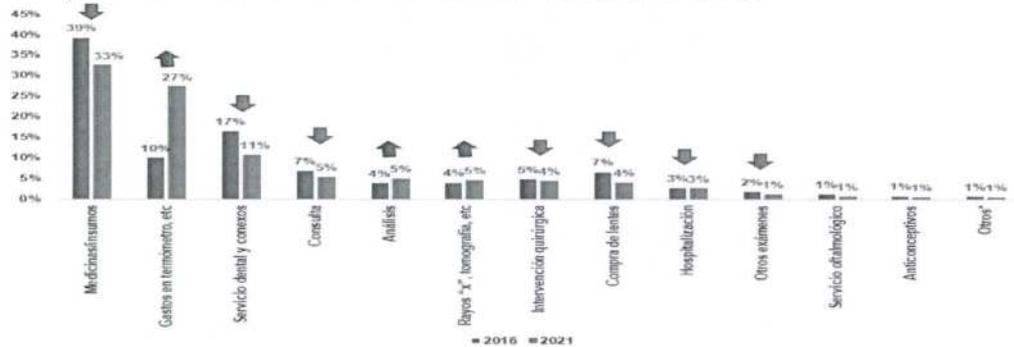
²³ Knaut, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., & Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Suplemento 2. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, 85-95. Obtenido de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5031>

²⁴ 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>

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

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

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



Fuente: INEI

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

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

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

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

Fuente ENAHO 2022

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

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

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

Fuente ENAHO 2022

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

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

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

Calidad de Servicios de Salud: Según el 57vo. Consejo Directivo de la 71va. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se define a la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud como aquella atención centrada en las personas, las familias y las comunidades con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición. En ese marco la OPS establece como parte de las Funciones Esenciales de la Salud Pública Renovadas (FESP) para la Región las Américas, la 9na. FESP "Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad"; correspondiendo su medición y ejecución como parte de las Funciones de la Rectoría en Salud según lo establecido en el Artículo N°. 8 del Reglamento de la Ley N°. 30895 "Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud" (UFGCS-MINSA).

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

Se debe tener en cuenta además que, en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, se plantean dos ejes primordiales, el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad - MCI, modelo que requiere una organización de los servicios de salud para poder entregar todas estas prestaciones y procedimientos²⁷, por lo que se requiere de la implementación del otro eje descrito, las Redes Integradas de Salud - RIS, a fin de atender la problemática que genera la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud, la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios, cada uno de ellos dirigidos a diferentes estratos de la población: MINSA/Gobiernos Regionales, ESSALUD, Sanidad de las FFAA y de la PNP y el subsector privado, la coexistencia de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo no integrados en red de servicios de salud, que circunscriben las diferentes dificultades, entre ellas delimitamos²⁸:

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

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

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

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

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

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

Otro de los factores influyentes e interdependiente por su transversalidad es la calidad del servicio, con los atributos ya establecidos como accesibilidad, oportunidad, continuidad, equidad, con enfoque de derechos, género e interculturalidad, que garantice la estandarización de los procesos no sólo los asistenciales si no también los administrativos logísticos que garanticen la cadena de suministros necesarios para la atención. Esto contribuirá a la seguridad del paciente durante la atención, mitigando la ocurrencia de eventos adversos como las infecciones asociadas a la atención en salud u otras acciones de no valor que incrementan los costos de no calidad de la atención, enfocándose en la mejora continua de los servicios propiamente y que finalmente contribuirá a la satisfacción de usuario del servicio de salud³⁰.

Un tercer factor, no menos importante es la garantía de la protección financiera de la población por parte del estado propiciando una cobertura poblacional y prestacional de salud, con acceso a todas las prestaciones dadas por el AUS desde lo preventivo promocional hasta lo recuperativo y rehabilitador, todo ello en estricta relación con el incremento poblacional de los adultos mayores, y a la variante del perfil epidemiológico que direcciona a la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en esta población vulnerable, con un alto grado de discapacidad e incapacidad y con servicios de salud con estructura y modelos de atención adecuados a esta demanda, con enfermedades emergentes y reemergentes influenciadas además, por el cambio climático y por el crecimiento urbano no planificado³¹. Es así que se diseñó un gráfico que nos muestra los factores asociados a esta variable.

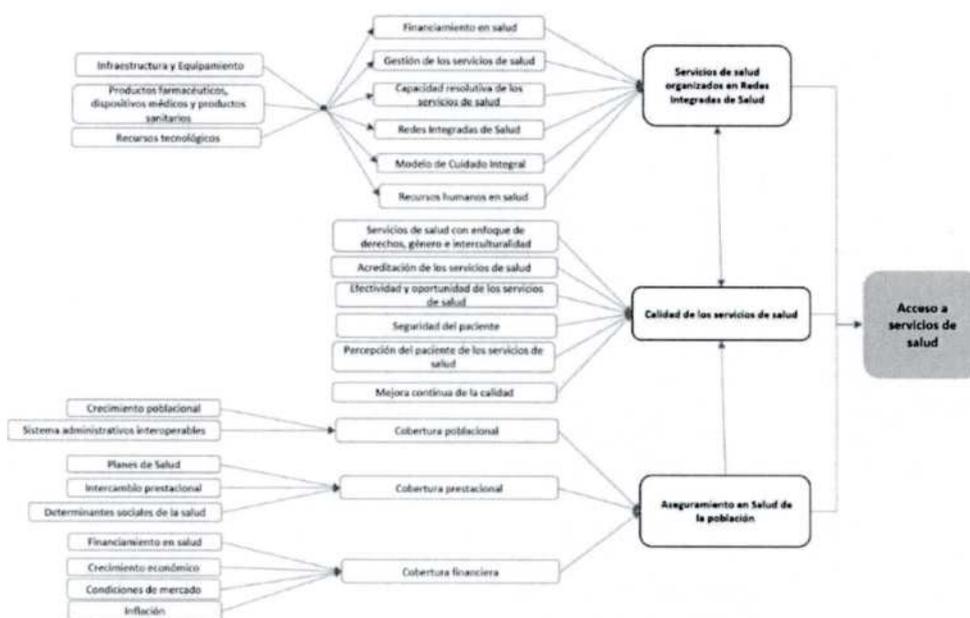
En conclusión, el acceso a los servicios de salud está relacionado al Sistema de Salud que también constituye un determinante intermedio de la salud, que comprende la necesidad de atención de salud de la población a través del uso de los servicios de salud y la cobertura del mismo. De acuerdo a las características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

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

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategias y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55860/OPSHSHS210018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

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



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

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

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

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

En el marco del paradigma de la nueva gobernanza, la Política Nacional Multisectorial de Gestión Pública al 2030³², plantea un modelo conceptual basado en la cadena de valor público, el cual facilita contar con una aproximación holística para comprender las decisiones de política y estrategias de intervención que se adoptan desde el Estado para resolver un determinado problema público; el funcionamiento de las entidades públicas (en términos de su gestión interna), los productos que generan (en términos de los bienes, servicios y regulaciones) y los resultados que permitirán generar los cambios esperados en el

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

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

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

Por otra parte, las intervenciones en salud no han sido ajenas a la evolución del concepto de gobernanza³⁶. Desde 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la gobernanza en los sistemas de salud como "La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles"³⁷. Esta definición introduce una perspectiva normativa: *la gobernanza busca armonizar las decisiones y actuaciones de los diferentes actores en pro de la equidad y la sostenibilidad en los sistemas de salud*, dada la complejidad y/o el costo de las intervenciones, ya que ni el Estado ni el mercado logran por sí solos satisfacer las necesidades de la población. En este sentido, se han multiplicado las alianzas, contrataciones y otras formas de regulación y acción que implican la colaboración de diversas organizaciones públicas y privadas.

Asimismo, como señala la OMS³⁸, hacer posible el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere que el Estado cumpla con su rol de proteger la vida y dar bienestar a la población. En este contexto *corresponde al Ministerio de Salud, en ejercicio de su rectoría, desarrollar su liderazgo para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento y/o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud*. Así, se hace necesario superar las limitaciones institucionales de los sistemas de salud, generalmente caracterizados por la segmentación de los sistemas de cobertura y la fragmentación de los servicios. El ejercicio de rectoría de la autoridad de salud es una condición necesaria para fortalecer la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, los medicamentos y las tecnologías que modelan el sector.

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

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

a) Rectoría en salud

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

³³ Aportes epistemológicos para la comprensión de los conceptos de gobernabilidad y gobernanza. Brower Beltramin, Jorge. Revista Venezolana de Gerencia, vol. 20, núm. 72, octubre-diciembre, 2015, pp. 630-646.

³⁴ La Gobernanza: Estado, ciudadanía y renovación de lo político. Calire Launay. Política y Sociedad 2005.

³⁵ Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Marc Hufty. Rev. salud pública. 12 sup (1): 39-61, 2010.

³⁶ Rectoría y Gobernanza en Salud Pública. André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín. Revista de Salud Pública. Volumen 15 (1), Enero-Febrero 2013.

³⁷ World Health Organization. Good governance for health. Geneva: WHO, 1998.

³⁸ Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>

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

Por otra parte, la OPS define la rectoría en salud como el ejercicio de responsabilidades y competencias del Estado en materia de su política pública en salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, para satisfacer las necesidades de la sociedad en concordancia con el modelo de desarrollo nacional⁴⁰. En el Perú es el Ministerio de Salud el que ejerce dicha rectoría como Autoridad Nacional de Salud (ANS) y vela por el bienestar público en materia de salud⁴¹. En ese sentido, la rectoría es ejercida sólo por el Ministerio de Salud (ANS) y no corresponde a los niveles subnacionales (gobierno regional o local).

La OMS propone que el ejercicio de la rectoría en salud se expresa en seis dimensiones o funciones⁴²:

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

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

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

³⁹ Reglamento de la Ley N° 30895 Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud (Aprobado por D.S. N° 030-2020-SA), Pág. 15, Lima, Perú.

⁴⁰ Citado en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora ASN.pdf

⁴¹ Citado en Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009

⁴² OPS (2007). Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Ed. Especial N° 17. Washington DC, 2007. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora ASN.pdf

Figura 11. Interrelación de las funciones de la rectoría sectorial⁴³.



b) Gobernanza en salud

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

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

En esa línea, se puede comprender cómo un proceso de dos etapas, el de la i) la toma de decisión y ii) la implementación de estas decisiones. En esa línea, el proceso de gobernanza ocurre cada vez que un grupo humano se reúne para lograr un objetivo, y se determina quién tiene la capacidad de incluir a los actores y sus posturas en los procesos de toma de decisión y rendir cuentas de la implementación de las decisiones elegidas ⁴⁵. Ese relacionamiento con los diferentes actores del sistema de salud peruano se muestra en la siguiente Figura, en donde se observan las diferentes funciones esenciales de rectoría previamente descritas y el rol establecido para cada actor dada las condiciones y capacidades de los actores. Esta configuración del sistema no es necesariamente la óptima, pero interactúa de manera dinámica caracterizando nuestro sistema hoy en día cómo dos falencias relevantes cómo son su segmentación y fragmentación, lo cual ha sido analizado por diversos expertos y fuentes⁴⁶.

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

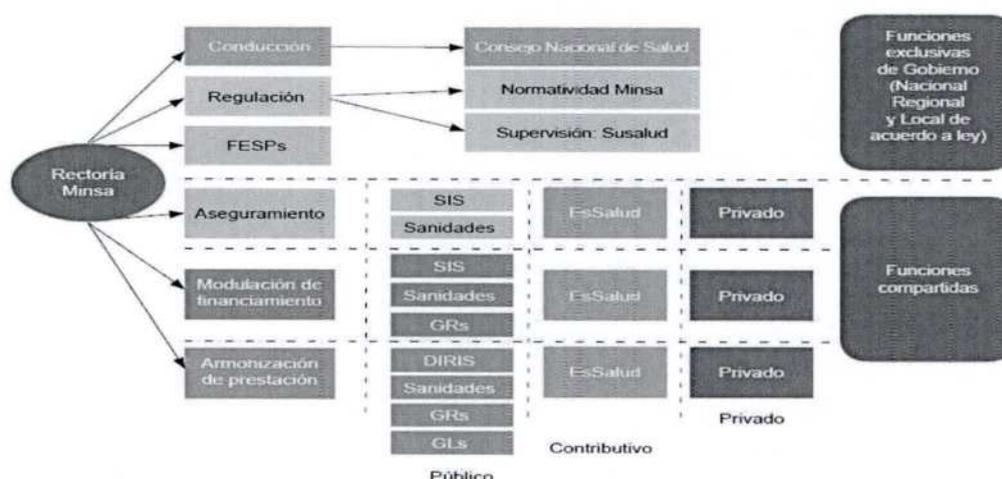
⁴³ Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. An. Fac. med. v.74 n.1 Lima ene. 2013. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009

⁴⁴ DS N°026-2020-SA: Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, "Perú, País saludable".

⁴⁵ OMS (2021) Guidance for Health Information System Governance

⁴⁶ Idem.

Figura 12. Función rectoría del MINSA con los actores proveedores de servicios de salud⁴⁷.



*SIS: Seguro Integral de Salud, FESPs: Funciones esenciales de salud pública, GR: Gobiernos regionales, GL: Gobiernos locales.

Fuente: Ugarte, O. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú.

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

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

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

La ANS ha definido como propuesta de Estado la provisión de los servicios de salud en base a la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, las Redes Integradas de Salud y el Modelo de Cuidado Integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). Por lo cual el ejercicio de gobernanza y la relación con la multiplicidad de los actores del sistema de salud (proveedores de bienes y servicios) se basa en la decisión de implementación de estas estrategias y sobre los determinantes sociales de salud⁴⁸.

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

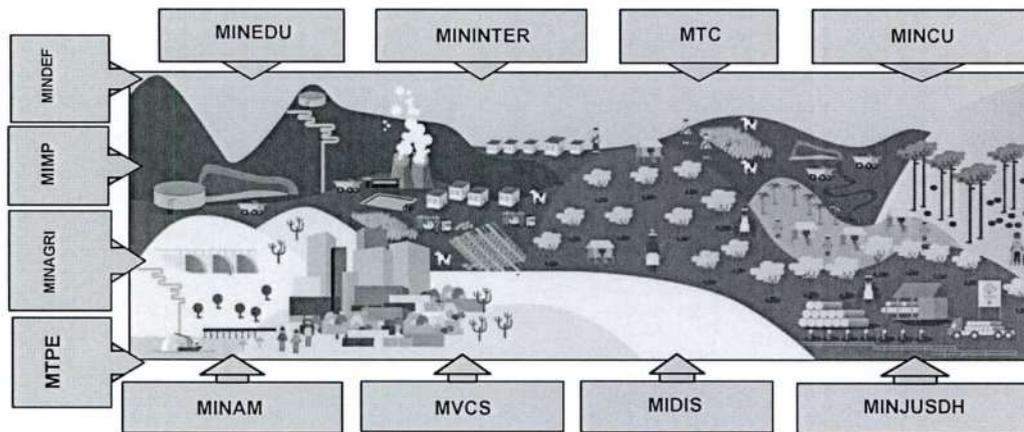
⁴⁸ En base a lo expuesto es necesario comprender la forma en la que se ha dado significado a la gobernanza en salud y que ese proceso responde a diferentes tiempos, espacios, dimensiones políticas y problemáticas tanto las globales como nacionales, regionales y locales. Por lo que es un proceso en el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

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

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

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

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



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

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

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

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

El índice de desempeño de la rectoría en los departamentos busca medir el avance agregado de los nueve indicadores antes mostrados con relación al monto de presupuesto ejecutado en los programas presupuestales relacionados a dichos indicadores. Para ello, consolida el avance por cada departamento y por cada indicador de manera individual para generar un índice consolidado de forma nacional. Para su construcción se han tomado dos factores ponderados, uno relacionado a la cantidad de población⁵⁰ que existe en cada departamento y un segundo factor ponderado relacionado a la cantidad del presupuesto a nivel de PIM del 2022⁵¹ dentro de dichos programas presupuestales.

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

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

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

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

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

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

⁵⁰ <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta>.

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

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

Los cálculos muestran que 10 departamentos han presentado una reducción en su medición entre el año 2017 y el año 2022⁵², mientras que el departamento de Arequipa, la región Lima y la provincia constitucional del Callao son los territorios que han presentado mayor crecimiento en dicho índice.

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

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

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

Al respecto, la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) viene conduciendo el proceso de implementación de RIS, en aplicación de la Ley N° 30885 y su Reglamento, por lo que se viene ejecutando lo programado en el Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud – PNIRIS⁵⁴. El proceso de implementación de las RIS se caracteriza por ser progresivo, planificado, sistemático y sostenible⁵⁵, de esta manera el proceso se ha diseñado en tres Etapas, según se describe en la siguiente figura.

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

⁵² Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, La Libertad, Pasco, Piura, Puno, San Martín y Ucayali.

⁵³ Conjunto de organizaciones que prestan, o hacen arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve

⁵⁴ Resolución Ministerial N° 969-2021 [Ministerio de Salud]. Aprobar el Documento Técnico: "Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud". 29 de julio de 2021.

⁵⁵ El proceso de implementación de las RIS en el País se caracteriza por ser: 1) Progresivo (que se realizará gradualmente), 2) Planificado (que se realizará siguiendo un plan), 3) Sistemático (que se realiza ordenadamente, siguiendo un método), 4) Sostenible (para que las RIS que se implementen gradualmente se mantengan en el tiempo con soporte financiero).

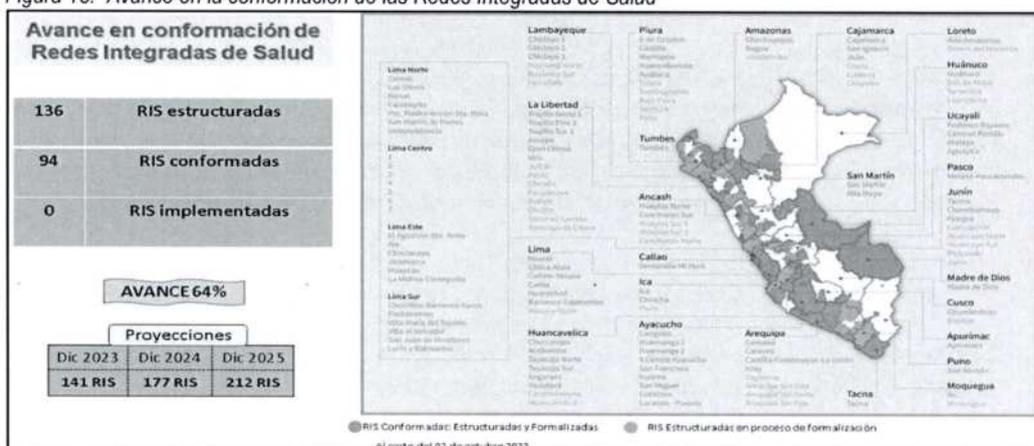
Figura 14. Etapas y Fases del proceso de implementación de las RIS



Fuente: Política Nacional Multisectorial de Salud.

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

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



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

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

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

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

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

*Se toma en consideración la línea de base a marzo del 2020, estipulado en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

**A julio del 2021, se dispone de información parcial, debido a las restricciones de la Pandemia COVID-19.

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

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

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

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

Calidad regulatoria en el sistema de salud: El ciclo de la calidad regulatoria se refiere a un enfoque sistemático para la mejora continua de la regulación en el sistema de salud que garantice que las políticas y disposiciones normativas respondan a las necesidades, la seguridad de los pacientes y la eficiencia en la prestación de la atención. Implica la identificación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y de la normativa⁵⁶.

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

Además, los derechos en salud son un conjunto de principios y normas que promueven el acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como, al acceso a la información y el consentimiento informado⁵⁷. Los derechos humanos relacionados con la salud son: Derecho al acceso a los servicios de salud: tienes derecho a recibir atención médica adecuada y oportuna, así como atención por emergencia sin exigirte antes documento o pago alguno; Derecho al acceso a la información: tienes derecho a recibir información clara y comprensible sobre los servicios, traslados, reglamentos del hospital y a conocer el nombre del médico y personal que te atiende; Derecho a la atención y recuperación en salud: tienes derecho a ser atendido con respeto, sin discriminación y bajo un tratamiento adecuado para tu enfermedad; Derecho al consentimiento informado: tienes derecho a ser informado para aceptar o no, pruebas o intervenciones riesgosas, salvo en caso de emergencia; y la Protección a los derechos en salud: tienes derecho a ser escuchado y recibir respuesta a tu queja o reclamo, y a tener acceso a tu historia clínica.

Participación efectiva en las políticas y planes en salud: Este factor presenta dos aspectos complementarios: el primero relacionado al derecho de las personas y organizaciones de la sociedad de participar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, los planes y los programas que tiene como objetivo resolver los problemas y atender las necesidades relacionadas a su salud que se corresponde con un enfoque inclusivo que garantice la representación de diversas perspectivas y promueva la toma de decisiones informada y transparente⁵⁸ y en segundo término entendiendo la participación efectiva como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individual y/o colectivamente a asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y actuar en las soluciones.

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

⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía de Buenas Prácticas Regulatorias para la Región de las Américas

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. (2017). Promoción y protección de los derechos humanos: Implicaciones para la política y la legislación en salud

⁵⁸ World Health Organization. (2016). Health in All Policies: Framework for Country Action.

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

El lugar que ocupaban tradicionalmente la consulta y el profesional sanitario ante cualquier síntoma o signo de alarma, lo comienza a tener hoy, el autocuidado y otros recursos de información y formación sanitaria al alcance de los pacientes y la ciudadanía. El acceso a Internet se constituye como fuente de información sanitaria dirigida a pacientes y de herramientas de participación, con las redes sociales como enclave de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. La consideración de que los pacientes pueden ser expertos en su propia enfermedad posibilita una opción de participación real en salud, y de esta manera se acepta que adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud, como ocurre en la toma de decisiones compartida, así como formando parte de iniciativas y de evaluaciones de acciones en salud pública y servicios sanitarios⁵⁹.

Descentralización territorial de la salud: La descentralización territorial de la salud se refiere a la transferencia de autoridad, responsabilidad y recursos desde el nivel central hacia las autoridades y servicios de salud a nivel regional o local. La efectividad de este proceso se evalúa mediante el grado en que se logran los objetivos de descentralización, como son una mayor participación comunitaria, una gestión más cercana a las necesidades locales y una mejora en la equidad y calidad de la atención⁶⁰.

Disponibilidad de bienes y servicios estratégicos en salud pública: La disponibilidad de bienes y servicios estratégicos en salud pública se refiere al acceso oportuno y adecuado a los recursos necesarios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la salud y control de enfermedades a nivel poblacional. Esto incluye medicamentos esenciales, vacunas, equipos de diagnóstico, insumos médicos, servicios de laboratorio, sistemas de información sanitaria, infraestructura sanitaria y todo elemento necesario para la prestación de servicios de salud de calidad. Garantizar la disponibilidad de estos bienes y servicios es fundamental para el funcionamiento efectivo y eficiente de los sistemas de salud y la protección de la salud pública⁶¹.

Transparencia y rendición de cuentas dentro del sistema de salud: Este factor se refiere al grado de cumplimiento de los principios de transparencia y rendición de cuentas en el sistema de salud. Implica que se establezcan mecanismos claros y efectivos para la divulgación de información, para facilitar la participación ciudadana y dar cuenta de la responsabilidad de los actores del sistema de salud en la toma de decisiones, la gestión de recursos y sobre los resultados obtenidos⁶².

Meritocracia: Entendiéndose como el proceso de asignación de cargos públicos donde prevalecen los méritos de los candidatos y no factores externos como la influencia o los contactos y que organiza el sistema de gobierno en el cual el poder lo ejercen las personas que están más capacitadas según sus méritos. En este contexto, el segmento directivo tiene una relevancia estratégica ya que tiene a su cargo funciones ejecutivas indispensables para el diseño y la implementación de las políticas públicas, y funciona como mecanismo articulador entre los políticos electos y la administración pública⁶³.

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

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

⁵⁹ Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Ainhoa Ruiz-Azarola, Lilibeth Perestelo-Pérez. Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Núm. S1. páginas 158-161 (Marzo 2012).

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud. (2015). Descentralización en salud: teoría y práctica

⁶¹ Organización Mundial de la Salud. (2019). Medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias: Lista de medicamentos esenciales - 22da edición.

⁶² Organización Mundial de la Salud. (2013). Transparencia, rendición de cuentas e integridad en la gestión de la atención de salud y los sistemas de salud: Marco conceptual y revisión sistemática de la literatura.

⁶³ Profesionalización de la dirección pública. Presentación de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Junio 2023.

conocimiento, habilidades y actitudes requeridas para realizar su trabajo de manera efectiva y brindar una atención de calidad⁶⁴ en consonancia con los enfoques, los modelos y las estrategias establecidas en la política nacional de salud y los documentos normativos establecidos por la Autoridad nacional de salud (MINSA).

Adaptación y mitigación ante los efectos del cambio climático en salud: El nivel de adaptación y mitigación ante los efectos del cambio climático en salud se refiere a las acciones y estrategias implementadas para reducir la vulnerabilidad de las poblaciones y los sistemas de salud frente a los impactos del cambio climático, así como para mitigar los efectos adversos en la salud. Esto implica fortalecer la capacidad de respuesta y adaptación del sistema de salud, implementar medidas de prevención y control de enfermedades relacionadas con el clima, promover la salud ambiental y fomentar la sostenibilidad y resiliencia del sistema de salud⁶⁵.

Respuesta ante epidemias, pandemias, otros EVISAP, emergencias y desastres: Este factor se refiere a la capacidad del sistema de salud para prepararse, detectar, controlar y responder de manera efectiva ante situaciones de emergencia como epidemias, pandemias, eventos de importancia para la salud pública (EVISAP) y desastres naturales. Implica contar con sistemas de vigilancia epidemiológica robustos, capacidad de diagnóstico temprano, coordinación intersectorial, movilización de recursos, planificación y respuesta rápida y efectiva para proteger la salud de la población y minimizar el impacto de estas situaciones⁶⁶.

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

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

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

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

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud. (2019). Fortalecimiento de la formación de recursos humanos para la salud: plan estratégico 2018-2023

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud. (2018). Cambio climático y salud: Nota descriptiva.

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud. (2018). Marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (3.a ed.).

innovadoras en el campo de la salud. Esto contribuye al avance de la ciencia, la mejora de la atención médica y la prevención de las enfermedades⁶⁷.

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



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

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

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

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

2.2. Imagen actual del Sector Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. FASE 2: FUTURO DESEADO

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

3.1. Análisis de futuro

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

Tabla 17. Identificación de impactos y medidas de las tendencias

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

⁶⁸ Situación de la Población Adulta Mayor – INEI, 2021

⁶⁹ Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2022 – INEI, 2023

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

⁷⁰ En Essalud demora 6 días conseguir una cita médica. <https://diarioep.pe/en-essalud-demora-6-dias-conseguir-una-cita-medica/>

⁷¹ Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales – INEI, 2022

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

⁷² Escenarios climáticos al 2050 en el Perú: Cambios en el clima promedio, SENAMHI – 2021

⁷³ Dengue en Perú: evolución de casos y fallecidos por la enfermedad, La República - 2023

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			<p>difundidos en redes sociales, debido al fácil acceso a la información relacionada en salud.</p> <p>Asimismo, se incrementarán las enfermedades por uso de tecnologías como tendinitis, síndrome de túnel, sequedad ocular entre otros, e incluso puede originar estrés y aislamiento social.</p>		
		Reducción de la capacidad de cobertura de los sistemas previsionales contributivos	<p>Ocasionará un incremento de morbilidad de las personas que acuden a los servicios de salud como consecuencia de las deficiencias originadas por la baja contribución de los sistemas previsionales, que limitan su acceso a un seguro de salud de tipo contributivo.</p> <p>Por otro lado, aunado a la tendencia del incremento de la población adulta mayor que recibe una precaria pensión, y que mayormente no cubre sus necesidades básicas: alimentación adecuada, acceso a servicios públicos básicos, principalmente salud; incrementando la vulnerabilidad de enfermar o presentar alguna complicación de salud en dicha población, que asociado a un mayor riesgo social por la discapacidad o dependencia familiar, contribuirá a una sobredemanda del uso de los servicios de salud.</p> <p>Actualmente un 58,7% (2'770'173) que se encuentran en el régimen pensionario de la Ley N°19990 perciben una pensión igual o inferior a la remuneración mínima vital⁷⁴, ello conllevaría a que sean vulnerables ante situaciones que afecten su salud. Asimismo, Madre de Dios (0.4%), Moquegua (0.7%) y Tumbes (0.8%) tienen menos población en dicho régimen, y asociado a los índices altos en pobreza en dichas regiones, genera incremento del gasto de bolsillo en esta población ante el limitado acceso a la atención de sus problemas de salud.</p>	1	Fomentar la promoción de salud y prevención de enfermedades en la población para propiciar un envejecimiento saludable.
			Incremento de la pobreza	<p>El incremento de la pobreza está asociado a una mayor vulnerabilidad de afectación de la salud de la población, generando un incremento de la morbilidad en las poblaciones con índices de pobreza.</p>	2
				1	Fomentar el desarrollo de estilos y entornos saludables de acuerdo a los recursos con los que cuenta dicha población

⁷⁴ Boletín Estadístico – Oficina de Normalización Previsional, 2022

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

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

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

⁷⁶ Perú Brechas de Género 2022, Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres (2022) - https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1879/libro.pdf

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

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

⁷⁷ INEI. (2019). Programa de Prevención y Control del Cáncer. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1734/cap02.pdf

⁷⁸ Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022 Informe Técnico – INEI, 2023

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

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

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
		Incremento del endeudamiento de los hogares	<p>presencia de enfermedades crónicas y mayores gastos per cápita que aumentaron hasta 1,6 veces la probabilidad de dicho gasto. Asimismo, algunos estudios indican que el endeudamiento de los hogares durante la pandemia de COVID-19 trajo consigo para los hogares, el incremento de la probabilidad de complicaciones graves de su salud, incrementando su deterioro físico y mental.</p> <p>Según la ENAHO 2019, existe un prolongado tiempo de espera para la atención en los diversos servicios de salud (consulta, apoyo al diagnóstico, cirugías, hospitalización entre otros), en las diferentes IPRESS públicas; que contribuyen al gasto empobrecedor de la población vulnerable.</p>	2	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida, con énfasis en la población vulnerable.
				3	Impulsar el cumplimiento del PEAS en las poblaciones vulnerables en las diferentes IAFAS.
		Incremento de las demandas sociales ante la desigualdad e inequidad.		1	Contar RHUS competentes y humanizados de acuerdo a las necesidades de salud de la población vulnerable.
				2	Adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural, de derechos humanos, de género, entre otros.
3	Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud	Cambios en la estructura etaria y envejecimiento de la población	<p>El aumento de la demanda de los servicios de la salud por parte de la PAM requiere un mayor financiamiento, formación de los recursos humanos y fortalecimiento de los servicios de salud orientado a esta población. Además, esta población se encontraría propensa a generar trastornos en su salud mental, debido a la afectación física de su salud, discriminación, exclusión social y laboral.</p>	1	Incrementar la formación de RHUS competentes y humanizados de acuerdo a las necesidades de salud de la población, con énfasis en la atención de poblaciones vulnerables.
				2	Promover la gestión integrada, participativa y multisectorial pública y privada sobre el acceso y uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
				3	Promover, vigilar y monitorizar el uso racional de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos a nivel nacional a través de las buenas prácticas de prescripción, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico, con énfasis en la atención de poblaciones vulnerables.
				4	Desarrollar normatividad relacionada a la atención de la PAM.

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

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

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

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

Tabla 18. Identificación de impactos y medidas de los riesgos

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

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
			<p>de la Selva, por las condiciones precarias de saneamiento básico de la población y la limitada red de agua y desagüe.</p> <p>El cambio climático puede aumentar la concentración de contaminantes y otros elementos como el polvo en la atmósfera, que exacerban los episodios de alergias, asociado a un aumento de casos de asma y otras enfermedades respiratorias. Además, los eventos climáticos extremos (sequías, inundaciones, entre otros) afectan la producción de alimentos, lo que conduce a la escasez de alimentos y malnutrición. Estos eventos extremos también pueden impactar significativamente en la salud mental de las personas.</p> <p>Las zonas especialmente vulnerables a huaycos e inundaciones del Perú experimentarán lluvias por encima de lo normal en el verano del 2024, según el último informe del Escenario probabilístico del Servicio Nacional de Meteorología e hidrología del Perú (Senamhi), afectando a Piura (369 mil 207 personas), Ica (330 mil 105 personas) y Cajamarca (237 mil 744 personas); por otro lado, las afectadas por las sequías serían la sierra sur principalmente⁷⁹.</p>		
		Ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes (Brotos y epidemias)	<p>La rápida propagación de enfermedades infectocontagiosas conlleva a la afectación masiva de la salud de la población, causando incremento de la morbilidad y mortalidad; esto también incluye a los trastornos mentales y complicaciones del estado de salud de las personas con comorbilidades y que puede conllevar a discapacidad o incapacidad como consecuencia. Ello originaría una sobredemanda en los servicios de salud, que puede ocasionar que la población acceda a la atención privada u otros establecimientos no médicos, que resultarían en un incremento del gasto de bolsillo en salud.</p> <p>Este riesgo tendría un impacto crítico en las ciudades más pobladas del país, como Lima, Arequipa, Trujillo, Cusco y Chiclayo, que son las ciudades que presentan mayor densidad poblacional, lo cual es un factor incrementador para la propagación de estas enfermedades.</p>	1	Incrementar la promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante campañas de educación y concientización sobre hábitos y conductas saludables, inmunización, higiene y detección temprana de enfermedades.
			<p>Este tipo de crisis se evidencia por el déficit de recursos para la realización de las intervenciones sanitarias, lo que limita a un acceso adecuado a los</p>	2	Incrementar la sensibilización del uso adecuado del uso de antibióticos en la población.
				Este tipo de crisis se evidencia por el déficit de recursos para la realización de las intervenciones sanitarias, lo que limita a un acceso adecuado a los	1

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

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

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

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

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

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

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

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

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

3.2. Aspiraciones para el sector

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

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

N°	Variable prioritaria	Indicador	Valor actual del indicador	Valor deseable del indicador	Medidas para alcanzar la situación deseada
1	Estado de salud de las personas	Razón de AVISA por 1000 habitantes	180.6	171.57	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la salud y prevención primaria, y secundaria de riesgos de ET y ENOT. 2. A nivel multisectorial mejorar condiciones sanitarias (provisión de agua y desagüe y programas de viviendas saludables) a la población, aunado a un plan de difusión sobre lavado de manos e higiene respiratoria 3. Modernización del equipamiento e infraestructura, y financiamiento para el mantenimiento de equipamiento e infraestructura sanitaria. 4. Redistribución de especialistas acorde al perfil epidemiológico, establecimientos de salud resilientes ante emergencias y desastres (seguro, inclusivo, que se adapta a la emergencia, eco amigable) 5. Detección oportuna de riesgos y debilidades en la atención de los servicios de salud 6. Campañas de prevención y atención en coordinación con aliados estratégicos (instituciones religiosas, centros educativos, clubes deportivos, negocios, constructoras, mercados). Mejora de los servicios de agua, alcantarillado y recojo de basura. 7. Fortalecer capacidades y competencias de los equipos de gestión a todo nivel, de DIRESA y REDES. Implementar la RIS, un sistema de salud con enfoque territorial. 8. Cerrar brechas de primer nivel de atención de infraestructura, recurso humano; coordinar articuladamente con los diferentes actores sociales tanto en los GORE como GOLOS, priorizando el intercambio prestacional de tal forma que puedan brindarse atenciones universales, independiente de las IAFAS a las que están inscritas las personas. 9. Diseñar políticas de salud orientadas a trabajar 3 escenarios: Persona, buscando el autocuidado; Familia, buscando la Paternidad Responsable; y en la Comunidad, buscando un Municipio saludable.

N°	Variable prioritaria	Indicador	Valor actual del indicador	Valor deseable del indicador	Medidas para alcanzar la situación deseada
2	Acceso a Servicios de Salud	Porcentaje de la población con algún problema de salud crónico que accede a la atención en salud	31%	34%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar el desarrollo de la telemedicina priorizada en áreas alejadas y rurales, así como tecnologías móviles, laboratorios, oferta móvil. 2. Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento. 3. Mejorar los servicios y atención en los servicios de salud – RIS y MCI. 4. Mejorar la organización de los servicios de salud y competencias en personal de salud, formación especializada, adaptación y especialización de RH. 5. Adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural – Humanización de la atención en salud. 6. Restructurar el SERUMS, no sólo con enfoque asistencial. 7. Incrementar en el intercambio prestacional. 8. Aumentar la Cobertura de atención prehospitalaria, ambulancias disponibles en todos los tipos de transporte. 9. Estrategias de absorción tecnológica sanitaria y generación de datos e interoperabilidad, generación de datos para la toma de decisiones, uso de la inteligencia artificial. 10. Innovación tecnológica e investigación, calidad de información y datos y articulación de los datos(interoperabilidad). 11. Establecimientos de salud resilientes, (adaptación, áreas complementarias, fortaleciendo algunos servicios, inclusiva en GRD, Seguridad, Sostenibilidad del accionar hospitalario), servicios de ambulancias operativas y disponibles. 12. Fortalecer el mercado nacional de medicamentos (acceso). 13. Incorporar a los privados en el abastecimiento de medicamentos.
		Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud	28.3%	28%	
3	Ejercicio de la Rectoría para la Gobernanza en Salud	Índice de desempeño de la rectoría en las regiones	54.8%	56.2%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acuerdos de trabajo conjunto. 2. Acompañamiento de la gestión administrativa y sanitaria de los GORE Y GOL. 3. Iniciativas legislativas que hagan viables la fiscalización de políticas de salud. 4. Implementación de convenios de incentivos a la gestión en salud para los GORE y GOL. 5. Incentivo a la Responsabilidad social de GOL a favor de personas vulnerables. 6. Plantear objetivos de acuerdo a las necesidades y realidad de cada región con asistencia técnica, seguimiento y evaluación constante. Y adecuación multicultural. 7. Realizar mesas de concertación con las Regiones por cada propuesta de decreto supremo que financia una determinada intervención. 8. Que el MINSA asuma a cabalidad su función y que asuma el liderazgo técnico y de conducción que le corresponde, es decir, tener muy claro cuáles son sus funciones y las funciones de los gobiernos regionales. 9. Organizar el sistema de salud teniendo claro cuál será su población objetivo, cual la de ESSALUD y de cada uno de los subsectores.
		Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según su jurisdicción	64%	81%	

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

3.3. Construcción del futuro deseado

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

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

Tabla 24. Selección de medidas priorizadas

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

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

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el marco del desarrollo del gobierno electrónico, en materia de salud digital, se han implementado herramientas tecnológicas y sistemas de información que interoperan para disponer de información en tiempo real y hacer que la atención de salud sea más accesible, oportuna, eficiente y personalizada; permitiendo mejorar la calidad de atención en salud. Para ello, se concientiza a la población de los beneficios del uso de la tecnología en salud y de su uso adecuado. En el caso de personas pertenecientes a grupos de mayor vulnerabilidad, hay un acompañamiento especializado y de mayor cercanía que garantiza acceso a servicios de salud con equidad. Asimismo, las plataformas en línea y aplicaciones móviles permiten a las personas acceder a información en salud, programar citas y recibir atención de salud personalizada; además el uso de la telemedicina acerca a la población a los servicios de salud.

El país desarrolla un sistema de investigación e innovación en salud, que promueve el desarrollo de tecnologías, métodos y herramientas en salud, además de la transferencia tecnológica que permite modernizar las entidades del Sector. Asimismo, se desarrollan investigaciones e innovaciones en salud necesarias para abordar las prioridades sanitarias, extendiendo acciones coordinadas a nivel nacional, con la academia, sector productivo y organizaciones civiles.

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

4. FASE 3: POLÍTICAS Y PLANES COORDINADOS

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

4.1. Objetivos Estratégicos Sectoriales

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

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

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

➤ **Objetivo Estratégico Sectorial N°2: “Mejorar el acceso a los servicios de salud a la población”**

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

➤ **Objetivo Estratégico Sectorial N°3: “Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud”**

Este objetivo se fundamenta en la necesidad de mejorar la capacidad de conducción y articulación del Sector Salud como función ineludible y exclusiva de la Autoridad Nacional de Salud para el ejercicio del buen gobierno del sistema de salud.

El proceso de gobernanza en salud es la forma en que los diferentes actores del sistema de salud se organizan, toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello, e identifican la manera de garantizar la responsabilidad e implementación de las medidas tomadas. Estas funciones se operativizan en la conducción del Sector Salud para la ejecución de diferentes intervenciones que buscan promover, proteger y respetar la salud, la vida y el bienestar de la población.

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

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

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

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

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

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

4.2. Acciones Estratégicas Sectoriales

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

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

- **AES 1.1 Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población**
Está orientado a incentivar el desarrollo de hábitos, conductas y estilos de vida saludables que nos permita mantener la salud y prevenir las enfermedades, a lo largo de nuestras vidas, así como participar activa y positivamente en la recuperación de nuestra salud o de nuestros familiares y personas cercanas.
- **AES 1.2 Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población**
Está orientada a prevenir, controlar y reducir el impacto de los riesgos modificables atribuidos a la pérdida de años de vida saludables por discapacidad o por muerte prematura, así como a la recuperación de la salud de las personas afectadas por enfermedades transmisibles, no transmisibles, condiciones o patologías materno-neonatales, nutricionales, entre otros.

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

- **AES 2.1 Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.**
Es asegurar la capacidad de las IPRESS que cuente con la provisión de recursos como productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios; infraestructura y equipamiento; recursos humanos en salud; salud digital (telemedicina, inteligencia artificial, historia clínica electrónica, interoperabilidad, entre otros), necesarios para la atención de salud a la persona, familia y comunidad.
- **AES 2.2 Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población**
Corresponde a la capacidad de uso del servicio de salud a partir de la reducción de las barreras de acceso geográfico, organizacional y administrativo financiero de los servicios de salud por la población, cuando lo requiera, de manera oportuna.
- **AES 2.3 Mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud.**
Referida al incremento del deseo en el uso de los servicios de salud por la población, abordando la percepción de las necesidades de salud, influenciada por factores sociales, creencias sobre la salud y la enfermedad religiosas, normas y valores, trato y privacidad, adecuación de los servicios a la edad, sin discriminación entre otros.
- **AES 2.4 Incrementar el uso de los servicios de salud de la población.**
Es el contacto real entre el servicio de salud y el usuario/paciente cuando los servicios están disponibles, accesibles y aceptables. Es la continuidad de la atención de salud en relación con la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población.
- **AES 2.5 Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población**
Esta Acción Estratégica se refiere a cubrir el cuidado integral por curso de vida (refiérase a cada etapa de vida) en los diferentes servicios de salud, indistintamente al seguro de salud al que pertenecen de acuerdo con las expectativas de las necesidades de salud de la población, con énfasis en la población más vulnerable de acuerdo a la cobertura universal de salud.

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

- **AES 3.1 Fortalecer la función reguladora y fiscalizadora en el sistema salud**
Esta acción busca fortalecer la aplicación y cumplimiento de normas y procedimientos para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de los servicios de salud. Esta acción estratégica está expresada en las funciones exclusivas de rectoría enmarcada en las Funciones Esenciales en Salud Pública – FESP, establecidas por la Organización Panamericana de la Salud. De modo específico la número 4, relacionada con la “Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población”. Esta función desarrolla de forma dos componentes: a) el desarrollo de las capacidades de las autoridades de salud para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población y estén informadas por el mejor conocimiento disponible y relevante, y b) el fortalecimiento de su influencia sobre la producción de un cuerpo legislativo que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud. Ambos componentes deberían estar guiados por los valores, las premisas y los objetivos de avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud a través del fortalecimiento de la estructura institucional del sector de la salud como respuesta a los desafíos y problemas de salud de la población.
- **AES 3.2 Incrementar el nivel de cumplimiento de los mecanismos de articulación intergubernamental en el sistema de salud**
Mediante esta acción se propone promover la cooperación y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y actores de la sociedad civil para el logro de los objetivos en salud. En este proceso es en la cual se producen reglas de juego para una institucionalidad en las que se haga posible el

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Matriz de articulación del Pesem con el PEDN

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

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

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

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