



Salud:

Tendencias sectoriales para la anticipación estratégica

Salud: Tendencias sectoriales para la anticipación estratégica

Giofianni Diglio Peirano Torriani

Presidente del Consejo Directivo
Centro Nacional de Planeamiento Estratégico

Luis Enrique de la Flor Saenz

Director Ejecutivo de la Presidencia del Consejo Directivo
Centro Nacional de Planeamiento Estratégico

Jordy Vilchez Astucuri

Director Nacional de Prospectiva y Estudios Estratégicos

Equipo técnico:

Evelin Quispe Giron, Katherine Jessy Guadalupe Muñoz, Milagros Estrada Ramos y Yiem Ataucusi Ataucusi

Editado por:

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
Av. Canaval y Moreyra 480, piso 21
San Isidro, Lima, Perú
(51-1) 211-7800
webmaster@ceplan.gob.pe
www.ceplan.gob.pe
@Derechos reservados
Primera edición, diciembre 2024

Contenido

Resumen Ejecutivo	6
Introducción	7
Tendencias sectoriales	9
1. Persistencia de la desnutrición infantil	10
2. Incremento de la atención médica prenatal en el Perú	17
3. Incremento de la lactancia materna exclusiva	23
4. Persistencia de nacimientos prematuros en el Perú	29
5. Estancamiento en la donación de órganos	34
6. Mayor inseguridad alimentaria	40
7. Estancamiento de la inmunización infantil	46
8. Mayor demanda de profesionales en medicina	51
9. Incremento del gasto destinado a la salud	58
10. Mayor población con trastornos afectivos y de ansiedad	65
Consideraciones finales	63

Contenido de figuras

Figura 1. Mundo: porcentaje de niños menores de cinco años afectados por el retraso del crecimiento, según regiones, en el periodo 2002-2022 (porcentajes)	11
Figura 2. Mundo: número de niños menores de cinco años afectados por el retraso del crecimiento, según regiones, en 2012 y 2022 (millones de niños).	12
Figura 3. Mundo: porcentaje de niñas y niños con retraso del crecimiento en el periodo 2000-2022 y proyecciones hasta el año 2030 (porcentajes).	13
Figura 4. Perú: desnutrición crónica entre menores de cinco años de edad, según ámbito geográfico, en el periodo 2010-2023 (porcentajes).	14
Figura 5. Perú: desnutrición crónica entre menores de cinco años de edad, según rango de edad en meses, en el periodo 2012-2023 (porcentajes).	15
Figura 6. Mundo: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años atendidas por algún proveedor al menos cuatro veces durante el embarazo, según regiones, en 2012 y 2022 (porcentajes).	18
Figura 7. Perú: atención prenatal por un profesional de salud calificado, en el periodo 2010-2023 (porcentajes).	19
Figura 8. Perú: gestantes que recibieron seis o más controles prenatales, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).	20
Figura 9. Mundo: prevalencia de lactancia materna exclusiva entre lactantes menores a seis meses, en 2012 y 2022 (porcentajes).	24
Figura 10. Mundo: prevalencia de lactancia materna, en 2012 y meta para 2030 (porcentajes).	25
Figura 11. Perú: prevalencia de lactancia materna entre lactantes menores a seis meses, en el periodo 2009-2023 (porcentajes).	25
Figura 12. Perú: lactancia materna en menores a seis meses, según rango de meses, en el periodo 2012-2022 (porcentajes).	27
Figura 13. Perú: nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).	30
Figura 14. Perú: nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, según rango de meses, en el periodo 2014-2023 (número de nacidos vivos).	30
Figura 15. Mundo: tasa de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos, en 2010 y 2020 (tasa por cada 100 nacidos vivos).	32
Figura 16. Mundo: tasa de trasplante de órganos, según regiones, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes).	35
Figura 17. Mundo: tasa de donantes fallecidos, según regiones, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes).	36
Figura 18. Perú: tasa de donación de órganos y donantes fallecidos, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes).	37
Figura 19. Perú: donación según órgano, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes).	37
Figura 20. Mundo: prevalencia de la subalimentación (porcentajes, eje izquierdo) y número de personas subalimentadas (millones de personas, eje derecho), en el periodo 2014-2023.	41
Figura 21. Mundo: prevalencia de la subalimentación, según regiones, en el periodo 2015-2023 (porcentajes).	42
Figura 22. Mundo: prevalencia de la subalimentación, según regiones, en el periodo 2017-2030 (millones de personas).	43
Figura 23. Perú: prevalencia de la subalimentación (porcentajes, eje izquierdo) y número de personas subalimentadas (millones de personas, eje derecho), en el periodo 2014-2023.	43
Figura 24. Perú: prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave (porcentajes, eje izquierdo) y número de personas que padecen inseguridad alimentaria moderada o grave (millones de personas, eje derecho), en el periodo 2014-2023.	44
Figura 25. Mundo: tasas de vacunación infantil, según tipo de vacuna, en el periodo 2002-2022 (porcentajes).	47
Figura 26. Perú: niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).	47
Figura 27. Perú: niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas, según tipo de vacuna, en 2018 y 2023 (porcentajes).	48

Figura 28. Mundo: densidad de médicos, según regiones, entre 2005-2012 y 2022 (tasa por 10 000 habitantes).	52
Figura 29. Mundo: densidad de enfermeras y obstetras, según regiones, entre 2005-2012 y 2022 (tasa por 10 000 habitantes).	52
Figura 30. Mundo: estimación de la demanda del personal sanitario, en 2013 y 2030 (millones de personas).	53
Figura 31. Perú: densidad de recursos humanos en el sector salud, en el periodo 2013-2023 (por cada 10 000 habitantes).	54
Figura 32. Mundo: gasto corriente en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), según regiones, en el periodo 2000-2021 (porcentajes del PBI).	59
Figura 33. América del Sur: gasto corriente en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), según países, en el periodo 2000-2021 (porcentajes del PBI).	60
Figura 34. América del Sur: gasto de bolsillo per cápita en salud, según países, en el periodo 2000-2021 (dólares estadounidenses).	61
Figura 35. América Latina: gasto corriente en salud per cápita, en el periodo 2000-2050 (dólares estadounidenses).	62
Figura 36. Perú: proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud, superiores al 10 % y 25 %, como porcentaje del gasto o ingreso total del hogar, en el periodo 2014-2021 (porcentajes).	63
Figura 37. Mundo: proporción de personas que padecían enfermedad mental independientemente de si habían sido diagnosticadas o no, según tipo de enfermedad mental, en 2011 y 2021 (porcentajes).	66
Figura 38. Mundo: número estimado de personas que padecían enfermedad mental independientemente de si habían sido diagnosticadas o no, según tipo de enfermedad mental, en el periodo 2011-2021 (millones de personas).	67
Figura 39. Perú: número estimado de personas que padecían enfermedad mental independientemente de si habían sido diagnosticadas o no, según tipo de enfermedad mental, en el periodo 2011-2021 (miles de personas).	68
Figura 40. Perú: episodios depresivos moderado y grave, intentos de suicidio y episodios psicóticos, en el periodo 2016-2023 (número).	70

Contenido de tablas

Tabla 1. Perú: atención prenatal por un profesional de salud calificado, según departamentos, en el periodo 2017-2023 (porcentajes)	21
Tabla 2. Perú: prevalencia de lactancia materna exclusiva entre lactantes menores a seis meses, según departamentos, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).	26
Tabla 3. Perú: nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, según departamentos, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).	31
Tabla 4. Perú: niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas completas según departamentos, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).	49
Tabla 5. Perú: densidad de recursos humanos en el sector salud, según departamentos, en el periodo 2013-2023 (por cada 10 000 habitantes).	55
Tabla 6. Perú: porcentaje de personas con problemas o trastornos de salud mental atendidas, según departamentos, en el periodo 2018-2023 (porcentajes).	68

Resumen Ejecutivo

La **anticipación estratégica** desempeña un papel crucial en la planificación y desarrollo del **sector salud**, permitiendo a los responsables de políticas, planes y estrategias prepararse ante posibles cambios futuros y adaptarse a un entorno en constante transformación. En este contexto, las **tendencias sectoriales** son un componente clave en la formulación de medidas, lineamientos, estrategias y acciones efectivas, proporcionando información valiosa para la toma de decisiones estratégicas y el diseño resiliente y sostenible del **sector salud**.

Por otro lado, este reporte tiene como **objetivo presentar de forma sistematizada y ordenada las principales tendencias** del **sector salud**, facilitando su comprensión para los encargados de planificación, desarrollo de políticas del sector y el público en general.

Para ello, la **metodología** utilizada en este estudio es una **triangulación de métodos** que incluye el escaneo de horizonte, la bibliometría, la opinión de expertos y la revisión documental estructural. Las tendencias se identificaron y priorizaron en función de su relevancia histórica, actual y futura, además de su alineación con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los resultados revelaron **diez tendencias significativas** que impactan en el **sector salud**, que alteran su curso de acción hacia un futuro deseado. Estas tendencias incluyen: (i) persistencia de la desnutrición infantil, (ii) incremento de la atención médica prenatal en el Perú, (iii) incremento de la lactancia materna exclusiva, (iv) persistencia de nacimientos prematuros en el Perú, (v) estancamiento en la donación de órganos, (vi) mayor inseguridad alimentaria, (vii) estancamiento de la inmunización infantil, (viii) mayor demanda de profesionales en medicina, (ix) incremento del gasto destinado a la salud y (x) mayor población con trastornos afectivos y de ansiedad.

Este reporte resalta la importancia de la anticipación estratégica basada en **tendencias sectoriales** como un mecanismo clave para orientar el desarrollo del **sector salud**. La identificación y análisis de estas **tendencias** proporcionan un marco robusto para la planificación estratégica, indispensable para abordar desafíos emergentes y mejorar la capacidad de respuesta. La relevancia de este documento radica en su capacidad para informar y guiar la formulación de políticas y planes educativos proactivos y adaptativos, fortaleciendo la resiliencia del **sector salud** y preparándolo para enfrentar los retos del futuro de manera efectiva.

Finalmente, entre las principales **recomendaciones** destacan: fortalecer la atención prenatal y neonatal, implementar políticas de seguridad alimentaria, ampliar la cobertura de inmunización infantil, aumentar la formación y contratación de personal de salud, y promover programas para el bienestar mental. De esta manera, este reporte aporta un marco integral que refuerza la capacidad de respuesta del **sector salud**, asegurando su sostenibilidad y pertinencia en un entorno globalizado y dinámico.

Introducción

La **salud** desempeña un papel crucial en el desarrollo socioeconómico de las naciones, constituyendo un mecanismo clave para garantizar el bienestar, la equidad y la calidad de vida de la población. En un contexto global caracterizado por cambios rápidos y disruptivos, la capacidad de anticipar y adaptarse a las tendencias sectoriales presentes y emergentes en **salud** es esencial para formular medidas efectivas que aseguren un futuro deseable para el sector. La anticipación estratégica en **salud** implica la identificación y análisis de tendencias que pueden influir en su evolución, permitiendo a los actores del **sector salud** prepararse para los desafíos y oportunidades que se avecinan.

En ese sentido, se identificaron y analizaron **diez tendencias** que impactan en el **sector salud** y/o alteren su curso de acción para lograr el futuro deseado del sector. Las tendencias analizadas en este reporte son: persistencia de la desnutrición infantil, incremento de la atención médica prenatal en el Perú, incremento de la lactancia materna exclusiva, persistencia de nacimientos prematuros en el Perú, estancamiento en la donación de órganos, mayor inseguridad alimentaria, estancamiento de la inmunización infantil, mayor demanda de profesionales en medicina, incremento del gasto destinado a la salud y mayor población con trastornos afectivos y de ansiedad.

Como **metodología**, se adoptó un enfoque triangulado; integrando técnicas de escaneo de horizonte, bibliometría, opinión de expertos y revisión documental estructurada, para identificar y analizar las tendencias **sectoriales de salud**.

Este enfoque triangulado permitió una comprensión holística y multidimensional de las dinámicas que configuran el **sector salud**, facilitando la formulación de medidas anticipativas basadas en evidencias robustas.

La **primera etapa** consistió en la identificación y sistematización de tendencias educativas relevantes mediante el escaneo de horizonte y análisis bibliométrico. Se revisaron documentos clave y tendencias emergentes en bases de datos académicas e informes globales, cuantificando la relevancia y evolución de cada tendencia.

En la **segunda etapa** se seleccionó y priorizó las tendencias clave a través de consultas estructuradas con expertos del Ceplan. Se emplearon análisis cualitativos y métodos de consenso para identificar las tendencias más críticas para el futuro educativo.

Para la **tercera etapa** se describieron y analizaron las tendencias priorizadas mediante revisión documental y herramientas de análisis de datos. Se generaron gráficos y tablas para visualizar dinámicas e interpretaciones sobre su impacto en el sector educación, que demuestran el comportamiento pasado y presente del fenómeno tendencial del sector, ya sea a nivel mundial, regional y/o nacional, así como una estimación de su comportamiento futuro.

Finalmente, el resultado de este análisis fue consultado y validado por los especialistas de la Dirección Nacional de Prospectiva y Estudios Estratégicos (DNPE) del Ceplan.

TENDENCIAS
SECTORIALES
SALUD



Tendencias sectoriales

La salud y el bienestar infantil continúan siendo desafíos críticos en el mundo, especialmente en el contexto de la desnutrición infantil, la lactancia materna y la inmunización. Aunque se han logrado avances significativos, persisten brechas que requieren atención prioritaria y un enfoque integral.

La **desnutrición infantil** sigue afectando a millones de niños, limitando su desarrollo y bienestar. A nivel global, se ha avanzado en la reducción de la desnutrición, particularmente en Asia y América Latina; sin embargo, las brechas siguen siendo profundas en zonas rurales y desfavorecidas. En el Perú, aunque las tasas generales de desnutrición crónica han disminuido, las áreas rurales presentan cifras alarmantes. La **lactancia materna exclusiva** durante los primeros seis meses de vida es fundamental para la salud infantil. A nivel mundial, las tasas han aumentado, pero aún están por debajo de los objetivos internacionales. En el Perú, la lactancia materna se mantiene estable, aunque persisten disparidades entre áreas rurales y urbanas.

En paralelo, la **inmunización infantil** es una medida efectiva para reducir la mortalidad y mejorar la salud de los niños. En el Perú, las tasas de vacunación han mostrado una recuperación tras el impacto de la pandemia de la COVID-19, aunque la cobertura contra enfermedades como el sarampión sigue siendo baja. La **atención prenatal** es otro pilar clave para el bienestar materno e infantil. Globalmente, se ha observado un incremento en la cobertura prenatal, un indicador crucial para reducir la mortalidad materna y neonatal.

A pesar de estos avances, la **prematuridad** continúa siendo un desafío de salud pública debido a su impacto en la mortalidad infantil y en las discapacidades a largo plazo. En el Perú, la prevalencia de **nacimientos prematuros** ha aumentado, especialmente en zonas urbanas, impulsada por factores como la adolescencia materna y las condiciones socioeconómicas desfavorables.

La **inseguridad alimentaria** es otro desafío creciente, exacerbado por la pobreza y la informalidad laboral, especialmente en países en desarrollo. En el Perú, el aumento de la subalimentación afecta a las poblaciones más vulnerables.

Además de los retos en la salud infantil y materna, otros aspectos de la salud pública requieren atención urgente. La **donación de órganos** en el Perú, por ejemplo, sigue siendo insuficiente para cubrir la demanda. Las tasas de donación han fluctuado debido a la pandemia y a factores culturales, y se necesita implementar estrategias de educación y sensibilización, además de mejorar la infraestructura sanitaria, para aumentar la disponibilidad de órganos.

La **salud mental** se ha convertido en una preocupación global, con un aumento en los trastornos de ansiedad y afectivos, una tendencia que se ha visto exacerbada por la pandemia de la COVID-19. En el Perú, como en muchas otras regiones, la demanda de servicios de salud mental ha crecido. Para responder adecuadamente, es esencial destinar recursos suficientes y desarrollar programas que atiendan esta creciente necesidad. Respecto a esto último, el **gasto en salud** a nivel mundial sigue en aumento, lo que refleja una mayor inversión en el bienestar de las poblaciones. En el Perú, aunque el gasto en salud ha incrementado, todavía es inferior al promedio regional, lo cual limita la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias. Para avanzar hacia una cobertura de salud universal, es imperativo fortalecer las políticas de financiamiento, invertir en infraestructura sanitaria y reducir el gasto de bolsillo de los ciudadanos.

Por último, la **demandas de profesionales de la salud** ha crecido debido a la necesidad de cubrir las demandas de atención en diferentes regiones del mundo. En el Perú, aunque el número de trabajadores en el sector salud ha aumentado, la densidad de médicos y personal de enfermería sigue por debajo de los estándares internacionales.

1. Persistencia de la desnutrición infantil

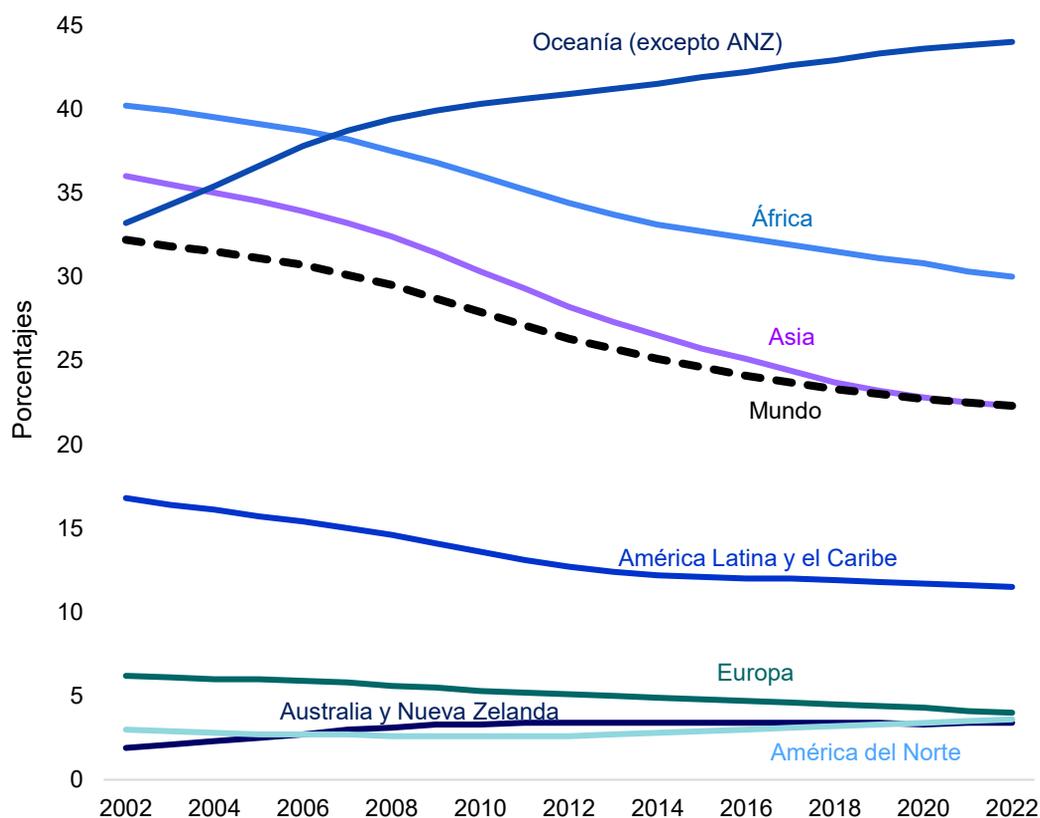
Para 2030, si las tendencias actuales continúan, se estima que 128,5 millones de niños alrededor del mundo, lo que equivale al 19,5 % de la población infantil mundial, sufrirán de retraso del crecimiento. Cabe señalar que el porcentaje de menores de cinco años de edad en el mundo afectados por el retraso del crecimiento se redujo del 32,2 % en 2002 al 22,3 % en 2022. En cuanto a América Latina y el Caribe, este porcentaje disminuyó en 5,3 puntos porcentuales, descendiendo de un 16,8 % a un 11,5 %. En el Perú, el porcentaje de niños menores de cinco años que sufren desnutrición crónica ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo del periodo 2010-2023, reduciéndose del 23,2 % al 11,5 %. En ese sentido, para el año 2030, a nivel mundial, se espera lograr asegurar un futuro más justo y equitativo para los niños y sus familias con el fin de eliminar la malnutrición infantil en todas sus formas, asimismo, se espera que, el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica en el Perú se reduzca a 1,4 %.

La desnutrición infantil sigue siendo un desafío crítico a nivel global, afectando el desarrollo y bienestar de millones de niños. A pesar de los avances en la reducción del retraso del crecimiento en diversas regiones, como Asia y América Latina, persisten desigualdades significativas, especialmente en áreas rurales y en determinados grupos de edad. En el Perú, aunque se ha observado un descenso en la desnutrición crónica, la situación sigue siendo preocupante en contextos rurales, donde las tasas son considerablemente más altas que en zonas urbanas. Para abordar esta problemática, es fundamental asegurar el acceso a agua potable y saneamiento, así como promover la lactancia materna como herramienta clave para la prevención de enfermedades. Además, se deben fortalecer los programas de nutrición, impulsar políticas que favorezcan la alimentación saludable y fomentar la educación nutricional en las escuelas. La colaboración entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado es crucial para implementar acciones efectivas que reduzcan la malnutrición. Con un enfoque integral, el Perú tiene la oportunidad de alcanzar sus metas para 2030, mejorando así la calidad de vida de sus niños y adolescentes.

Para la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), la desnutrición está compuesta por la falta de peso respecto a la talla, el crecimiento lento y falta de peso con respecto a la edad. Por consiguiente, existen cuatro tipos de desnutrición que son emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales (WHO, 2024a).

En un periodo de veinte años, el porcentaje de niños menores de cinco años de edad en el mundo afectados por el retraso del crecimiento, como resultado de la desnutrición infantil, se redujo del 32,2 % en 2002 al 22,3 %

en 2022, como se muestra en la Figura 1. A nivel regional, los avances más notables se han registrado en la región de Asia, con una reducción de 13,7 %, disminuyendo del 36 % al 22,3 %. En seguida, es notable la reducción de África con 10,2 puntos porcentuales. En cuanto a América Latina y el Caribe, disminuyó en 5,3 puntos porcentuales, descendiendo de un 16,8 % a un 11,5 %. En contraste, la región de Oceanía presentó un incremento de 10,8 puntos porcentuales. Así también, se registraron leves aumentos en Australia y Nueva Zelanda y América del Norte, con 1,5 y 0,6 puntos porcentuales.



	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022
África	40,2	39,5	38,7	37,5	36	34,4	33,1	32,3	31,5	30,8	30
Asia	36	35	33,9	32,4	30,3	28,2	26,5	25,1	23,7	22,8	22,3
Australia y Nueva Zelanda	1,9	2,3	2,7	3,1	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4
Europa	6,2	6	5,9	5,6	5,3	5,1	4,9	4,7	4,5	4,3	4
América Latina y el Caribe	16,8	16,1	15,4	14,6	13,6	12,7	12,2	12	11,9	11,7	11,5
América del Norte	3	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,8	3	3,2	3,4	3,6
Oceanía (excepto ANZ)	33,2	35,4	37,8	39,4	40,3	40,9	41,5	42,2	42,9	43,6	44
Mundo	32,2	31,5	30,7	29,5	27,9	26,3	25,1	24,1	23,3	22,7	22,3

Figura 1. Mundo: porcentaje de niños menores de cinco años afectados por el retraso del crecimiento, según regiones, en el periodo 2002-2022 (porcentajes).

Nota. ANZ: Australia y Nueva Zelanda. Elaboración Ceplan a partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud (2024b).

En términos absolutos, a nivel mundial el número de niños menores de cinco años afectados por el retraso en el crecimiento se redujo de 177,9 millones en 2012 a 148,1 millones en 2022, marcando una disminución del 16,8 % durante este periodo. En la Figura 2, las regiones que experimentaron las disminuciones más significativas fueron Europa y Asia, con descensos del 33,3 % y el 28,3 %,

respectivamente. Le siguió América Latina y el Caribe, que disminuyó el número de infantes con retraso del crecimiento de 6,8 millones a 5,7 millones, lo que representa a un descenso del 16,2 %. En contraste, América del Norte y Oceanía presentaron un incremento del 16,7 %, mientras que África registró un incremento del 2,9 %.

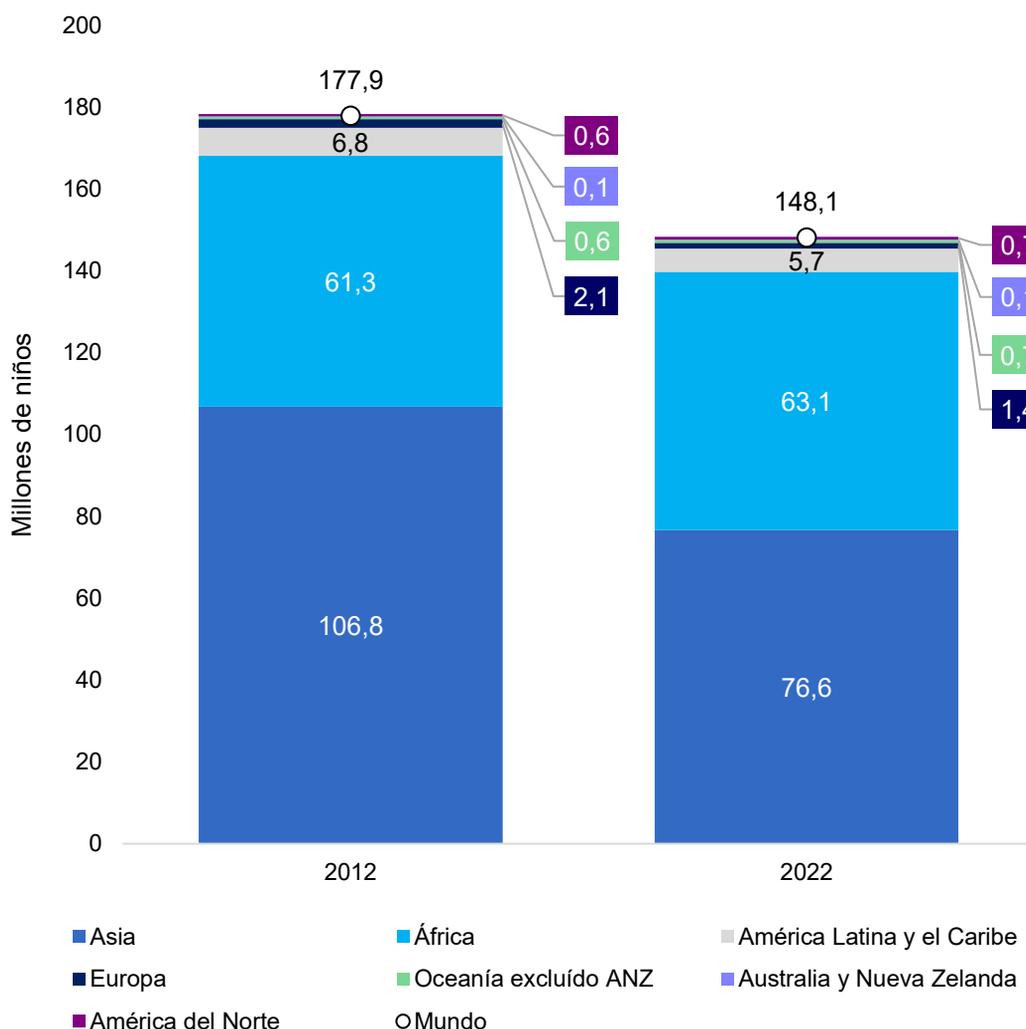


Figura 2. Mundo: número de niños menores de cinco años afectados por el retraso del crecimiento, según regiones, en 2012 y 2022 (millones de niños).

Nota. ANZ: Australia y Nueva Zelanda. Elaboración Ceplan a partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud (2024b).

A medida que se acerca el año 2030, el cumplimiento de las metas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud y el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 se vislumbra cada vez más inalcanzable. Si las tendencias actuales observadas entre 2012 y 2022 continúan, se estima que 128,5 millones de niños, lo que equivale al 19,5 % de la población infantil mundial, sufrirán de retraso del crecimiento para 2030, como se ilustra en la Figura 3. Esto implicaría que 39,6 millones de niños no

alcanzarían el objetivo de reducir el retraso del crecimiento, con alrededor el 4 % ellos residiendo en América Latina y el Caribe. Desde 2012, la tasa media anual de reducción del retraso del crecimiento ha sido de solo 1,65 %. Para cumplir con el objetivo de limitar a 89 millones el número de niños afectados para 2030, se requiere un esfuerzo significativamente mayor, alcanzando una tasa de 6,08 % anual.

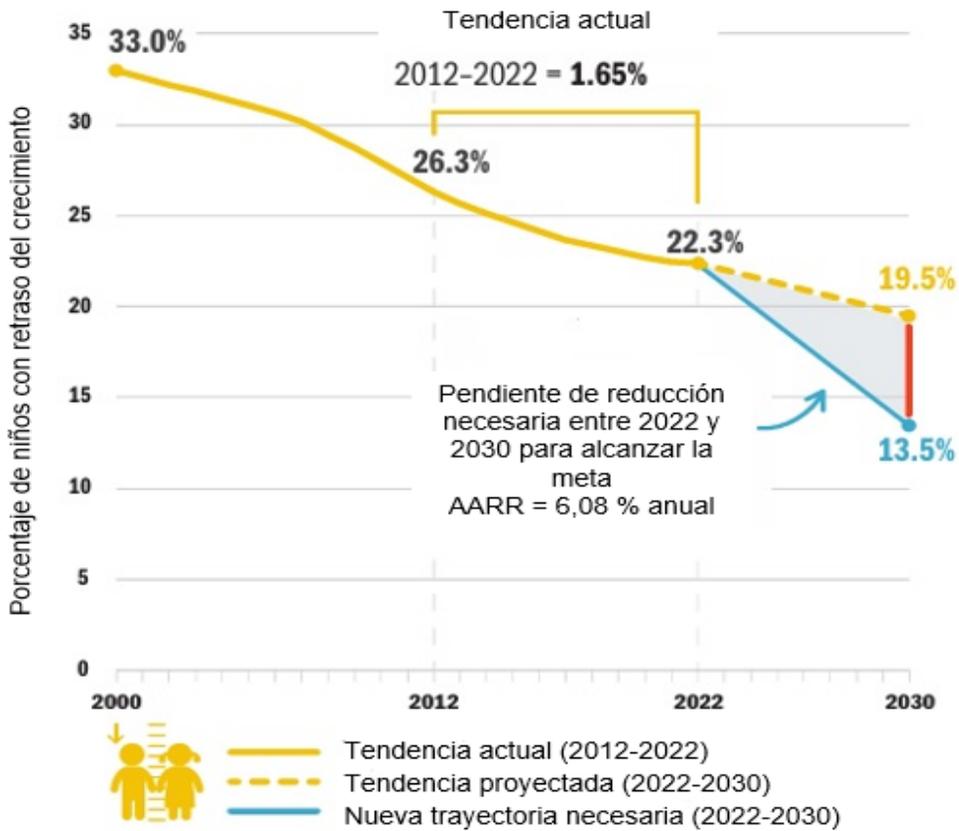


Figura 3. Mundo: porcentaje de niñas y niños con retraso del crecimiento en el periodo 2000-2022 y proyecciones hasta el año 2030 (porcentajes).

Nota. Adaptado a partir de "Levels and trends in child malnutrition 2023" de Unicef, WHO y World Bank Group (Unicef y otros, 2023).

En el Perú, según las estadísticas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el porcentaje de niños menores de cinco años que sufren desnutrición crónica ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo del periodo 2010-2023, reduciéndose del 23,2 % al 11,5 %, como se presenta en la Figura 4. Este descenso ha sido particularmente significativo en las áreas rurales, donde la desnutrición crónica se ha

reducido en 18,5 puntos porcentuales, en contraste con una disminución de 6 puntos porcentuales en las zonas urbanas. No obstante, es importante señalar que, a pesar de estos avances, la desnutrición crónica en el área rural se sitúa en un 20,3 %, frente al 8,1 % registrado en el ámbito urbano en comparación con el 38,8 % y el 14,1 %, respectivamente. Además, en los últimos dos años, se ha observado un incremento en la desnutrición crónica en las áreas urbanas.

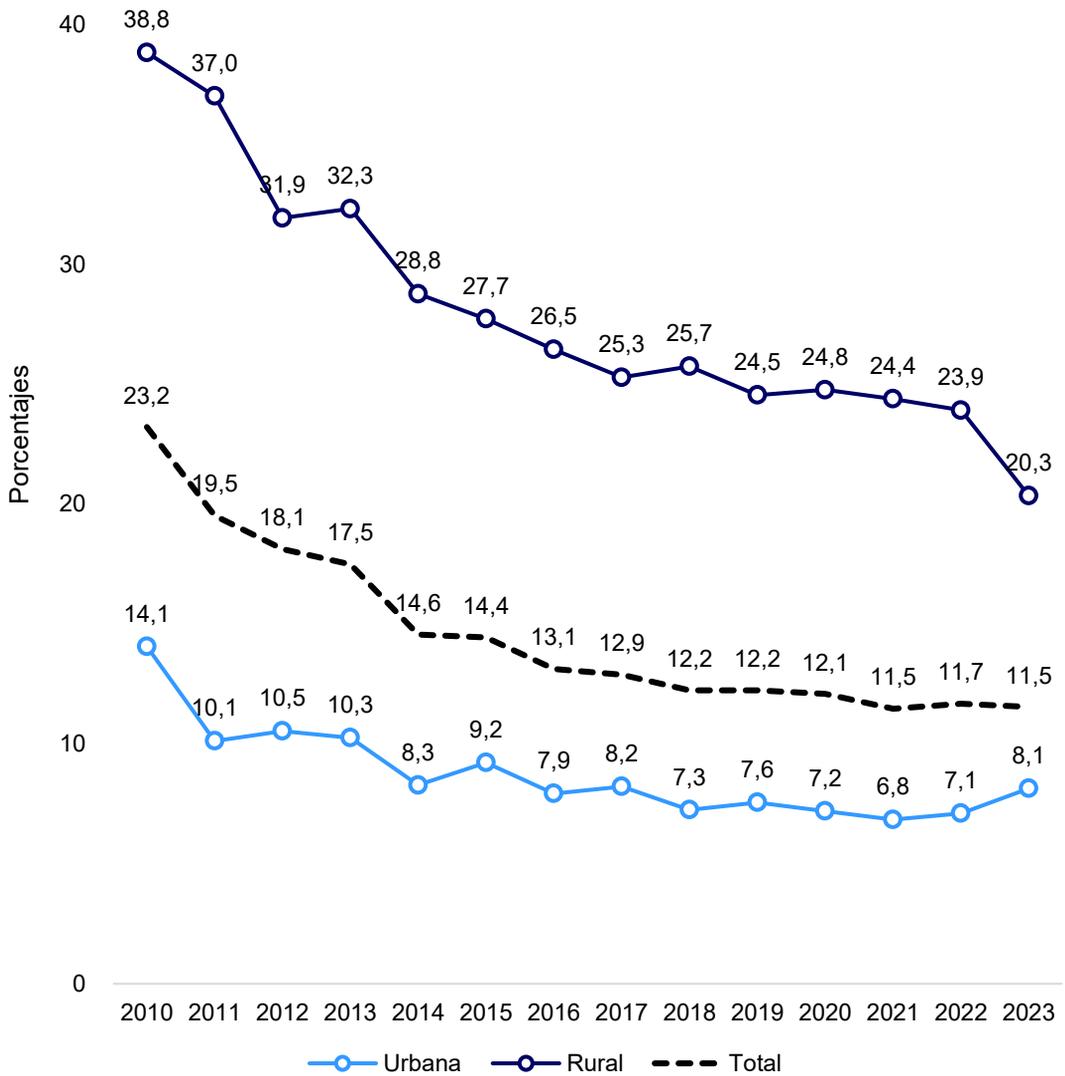
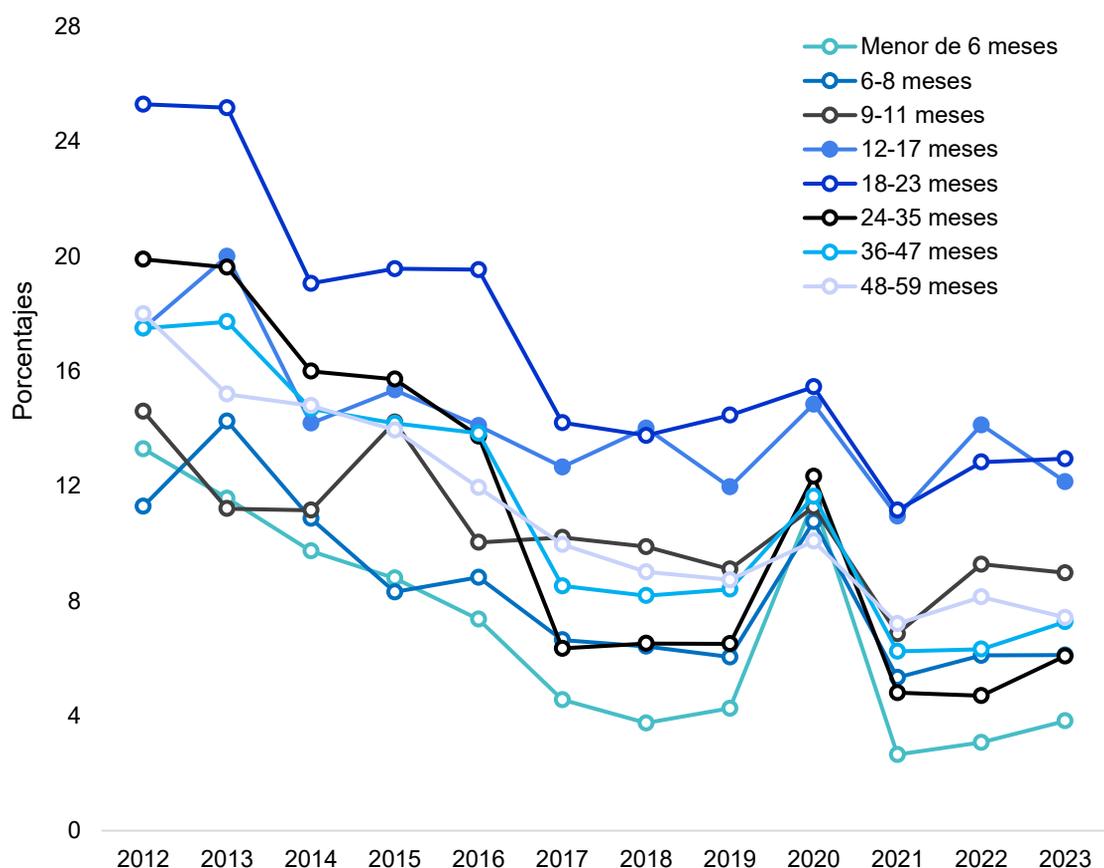


Figura 4. Perú: desnutrición crónica entre menores de cinco años de edad, según ámbito geográfico, en el periodo 2010-2023 (porcentajes).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024).

De acuerdo con datos al año 2023, en el Perú los niños de 18 a 23 meses enfrentan la mayor incidencia de desnutrición crónica, alcanzando un 13,0 %. Muy cerca de esta cifra están los niños de 12 a 17 meses, con un 12,2 % de desnutrición. Mientras que los niños menores de 6 meses, de 6 a 8 meses y de 24 a 35

meses presentan las menores tasas, con el 3,8 %, 6,1 % y 6,1 %, respectivamente. Se destaca que todos los rangos han presentado un comportamiento decreciente sostenido en el periodo de estudio exceptuando el año 2020 debido a la pandemia de la COVID-19, como se ilustra en la Figura 5.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Menor de 6 meses	13,3	11,6	9,7	8,8	7,4	4,6	3,8	4,3	11,5	2,7	3,1	3,8
6-8 meses	11,3	14,3	10,9	8,3	8,8	6,6	6,4	6,0	10,8	5,3	6,1	6,1
9-11 meses	14,6	11,2	11,2	14,2	10,0	10,2	9,9	9,1	11,3	6,9	9,3	9,0
12-17 meses	17,5	20,0	14,2	15,3	14,1	12,7	14,0	12,0	14,8	10,9	14,1	12,2
18-23 meses	25,3	25,2	19,1	19,6	19,5	14,2	13,8	14,5	15,5	11,2	12,8	13,0
24-35 meses	19,9	19,6	16,0	15,7	13,7	6,3	6,5	6,5	12,3	4,8	4,7	6,1
36-47 meses	17,5	17,7	14,7	14,2	13,8	8,5	8,2	8,4	11,6	6,2	6,3	7,3
48-59 meses	18,0	15,2	14,8	14,0	11,9	10,0	9,0	8,7	10,1	7,2	8,1	7,4

Figura 5. Perú: desnutrición crónica entre menores de cinco años de edad, según rango de edad en meses, en el periodo 2012-2023 (porcentajes).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024).

Para combatir la desnutrición infantil, la Unicef enfatiza la importancia del acceso a agua para el consumo humano y saneamiento adecuado para la prevención de enfermedades infecciosas. Asimismo, la forma más eficaz de reducir la desnutrición infantil, es la lactancia materna, ya que, si un bebé no recibe lactancia, su probabilidad de mortalidad se multiplica por catorce (Unicef, 2024).

Aparte, el Programa Mundial de Alimentos propone priorizar la reducción de la malnutrición en todo el Perú asegurando el financiamiento de presupuestos de los programas de nutrición y enfermedades no transmisibles, del mismo modo sugiere impulsar la Ley de Alimentación Saludable y la Ley de Compras Estatales a la Agricultura Familiar, e incorporar la educación nutricional en las

escuelas. Asimismo, se recalca “la importancia del trabajo articulado entre el gobierno, la sociedad civil, la academia y el sector privado en favor de la promoción de acciones que reduzcan considerablemente la malnutrición en el país” (Programa Mundial de Alimentos, 2022).

Finalmente, de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), con el objetivo de mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes, se espera que, en 2030, el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica en el Perú se reduzca a 1,4 % (MIMP, 2024).

Referencias

- INEI. (23 de mayo de 2024). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
- MIMP. (setiembre de 2024). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 - PNMNNA. <https://www.gob.pe/42698-politica-nacional-multisectorial-para-las-ninas-ninos-y-adolescentes-al-2030-pnmnna>
- Programa Mundial de Alimentos. (7 de julio de 2022). La doble carga de La malnutrición cuesta al Perú 10.5 mil millones de dólares o el 4,6% del PIB, revela estudio. <https://es.wfp.org/noticias/la-doble-carga-de-la-malnutricion-cuesta-al-peru-10-mil-millones-de-dolares>
- Unicef. (24 de julio de 2024). 5 formas de acabar con la desnutrición infantil. <https://www.unicef.es/blog/desnutricion/5-formas-de-acabar-con-la-desnutricion-infantil>
- Unicef, WHO, & Group, W. B. (23 de mayo de 2023). Levels and trends in chil malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791>
- WHO. (1 de marzo de 2024a). Malnutrición. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- WHO. (8 de enero de 2024b). Prevalencia de retraso del crecimiento en niños menores de 5 años (%). <https://data.who.int/indicators/i/A5A7413/5F8A486>

2. Incremento de la atención médica prenatal en el Perú

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres gestantes de entre 15 y 49 años que recibieron atención prenatal de cualquier proveedor al menos cuatro veces se ha incrementado entre 2012 y 2022, elevándose de 63 % al 69 %. De igual forma, América Latina y el Caribe incrementaron su atención de 88 % a 92 %. En cuanto al Perú, la atención prenatal por un profesional calificado ha mostrado un incremento general entre los años 2010 y 2023, pasando de 94,7 % al 98,1 %. Hacia 2030, a nivel mundial se ha establecido el objetivo que el 90 % de mujeres embarazadas acudan a ocho visitas de atenciones prenatales, asimismo, se espera que el porcentaje de gestantes con seis o más controles prenatales en el Perú se incremente a 90,3 %.

La atención prenatal no solo proporciona información esencial sobre el embarazo, sino que también ofrece apoyo emocional y prevención de enfermedades. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 impactó negativamente en la continuidad de estos servicios, subrayando la necesidad de fortalecer los sistemas de salud. A nivel mundial, el aumento en la atención prenatal es un indicador clave para reducir la mortalidad materna y neonatal. En el Perú, la atención médica neonatal ha mostrado un crecimiento notable en los últimos años, reflejando una tendencia positiva en el acceso a servicios de salud para mujeres embarazadas. Para sostener esta tendencia, es importante que se implemente políticas que garanticen el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, invirtiendo en infraestructura y capacitación de personal. Además, fomentar la educación sobre la importancia de la atención prenatal puede aumentar la participación de las gestantes. A medida que Perú se dirige hacia su meta de mejorar la atención prenatal, es crucial mantener un enfoque multidimensional que aborde tanto las barreras económicas como las geográficas.

La atención prenatal desempeña un papel crucial en la salud materna e infantil. Este cuidado proporciona conocimientos sobre prácticas saludables y reconocimiento de signos de alarma, sino que también brinda un soporte multidimensional que abarca los aspectos sociales, emocionales y psicológicos del embarazo. Además, facilita el acceso a elementos esenciales como suplementos nutricionales, manejo de la hipertensión, inmunizaciones y estrategias para prevenir la transmisión del VIH (Unicef, 2024).

La incorporación de innovaciones tecnológicas en el ámbito médico ha potenciado la eficacia de la atención prenatal, traduciéndose en una notable reducción de la mortalidad y morbilidad en neonatos de alto riesgo, así como en la disminución de partos prematuros y lesiones cerebrales perinatales (Taha y otros, 2023).

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres gestantes de entre 15 y 49 años que recibieron atención prenatal de cualquier proveedor al menos cuatro veces se ha incrementado entre 2012 y 2022, como se ilustra en la Figura 6. En 2022, el 69 % de las mujeres embarazadas recibió atención prenatal al menos cuatro veces, lo que representa un incremento de seis puntos porcentuales en comparación con el 63 % registrado en 2012. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de ocho controles prenatales, dado que un mayor número de controles se asocia con una reducción de muertes perinatales de hasta 8 por cada 1000 nacimientos (WHO, 2016), aún persiste la inasistencia en las atenciones prenatales.

A nivel de regiones del mundo, en 2022, América del Norte (99 %), América Latina y el Caribe (92 %), y Europa Oriental y Asia Central (92 %) han presentado las mayores tasas de atención prenatal, en comparación al año 2012 (con 97 %, 88 % y 84 % respectivamente). Mientras que África Occidental y Central (56

%), Asia Meridional (55 %) y África Oriental y Meridional (55 %) presentaron las menores tasas. Precisamente en las regiones de África Occidental y Central y Asia Meridional han presentado las tasas más altas de mortalidad materna (Unicef, 2024).

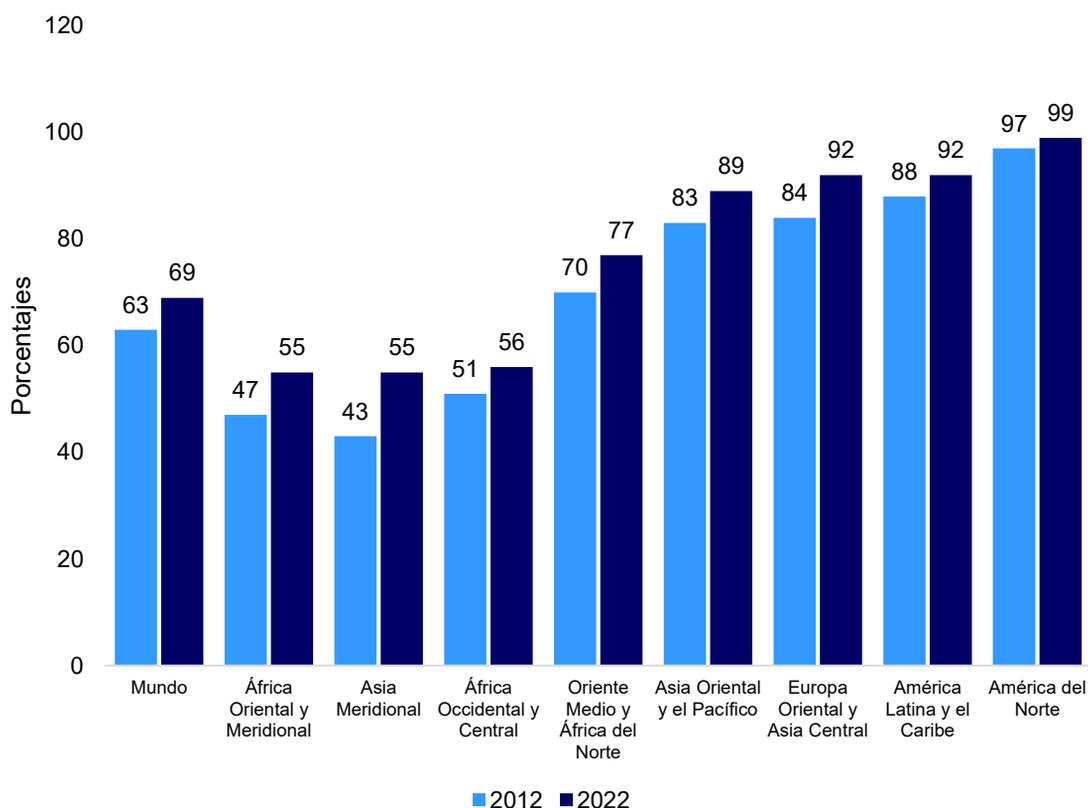


Figura 6. Mundo: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años atendidas por algún proveedor al menos cuatro veces durante el embarazo, según regiones, en 2012 y 2022 (porcentajes).
Nota. Adaptado a partir de Unicef (2024).

En consecuencia, con el objetivo de poner fin a la mortalidad materna prevenible a nivel mundial, se ha establecido el objetivo que para el año 2025, el 90 % de mujeres embarazadas acudan a cuatro o más visitas de atenciones prenatales, y que sean ocho visitas en 2030 (WHO, 2021).

Según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), la atención prenatal por un profesional calificado en el Perú ha mostrado un incremento general entre los años 2010 y 2023, pasando de 94,7 % al 98,1 %, como se ilustra en la Figura 7. Sin embargo, la

cifra del año 2023 muestra un leve descenso en comparación a la cifra del año 2021, del 98,3 %. En 2010, la proporción de la atención prenatal difería ampliamente según el área de residencia: 98,1 % en el área urbana y 87,9 % en el área rural, es decir, una diferencia de 10,2 puntos porcentuales. Hasta 2023, la brecha ha disminuido acortándose a 4,1 puntos porcentuales. Esto debido principalmente por el incremento de la atención prenatal en el área rural, de 7,1 puntos, superior al incremento del área urbana, de un punto porcentual en el periodo de análisis.

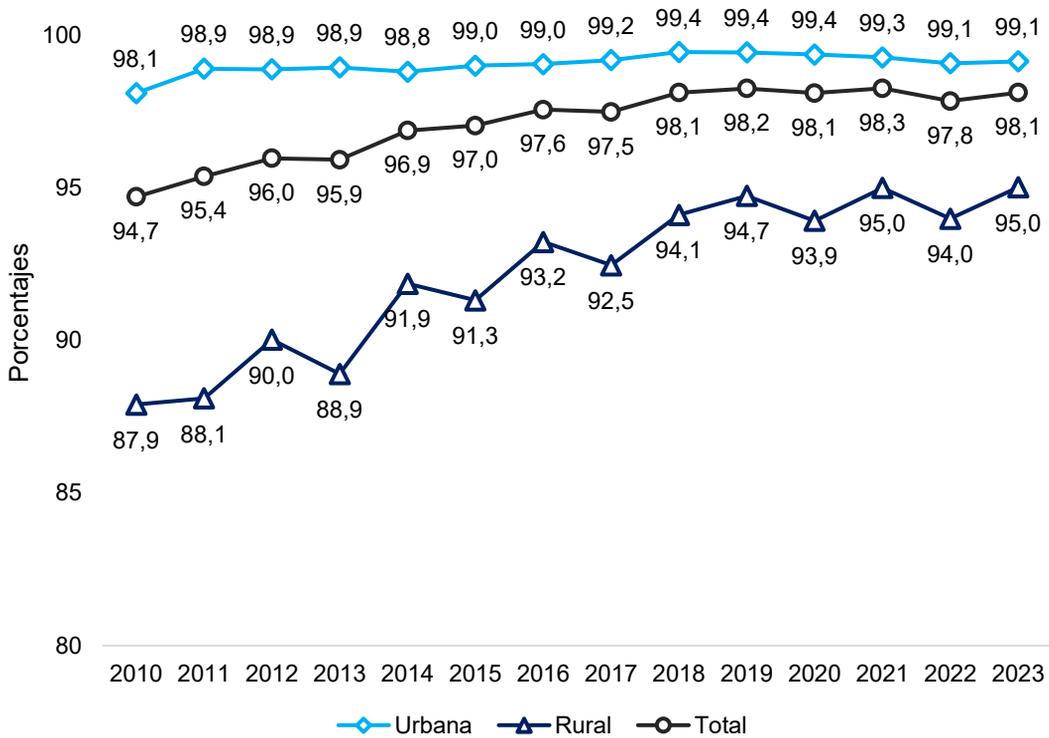
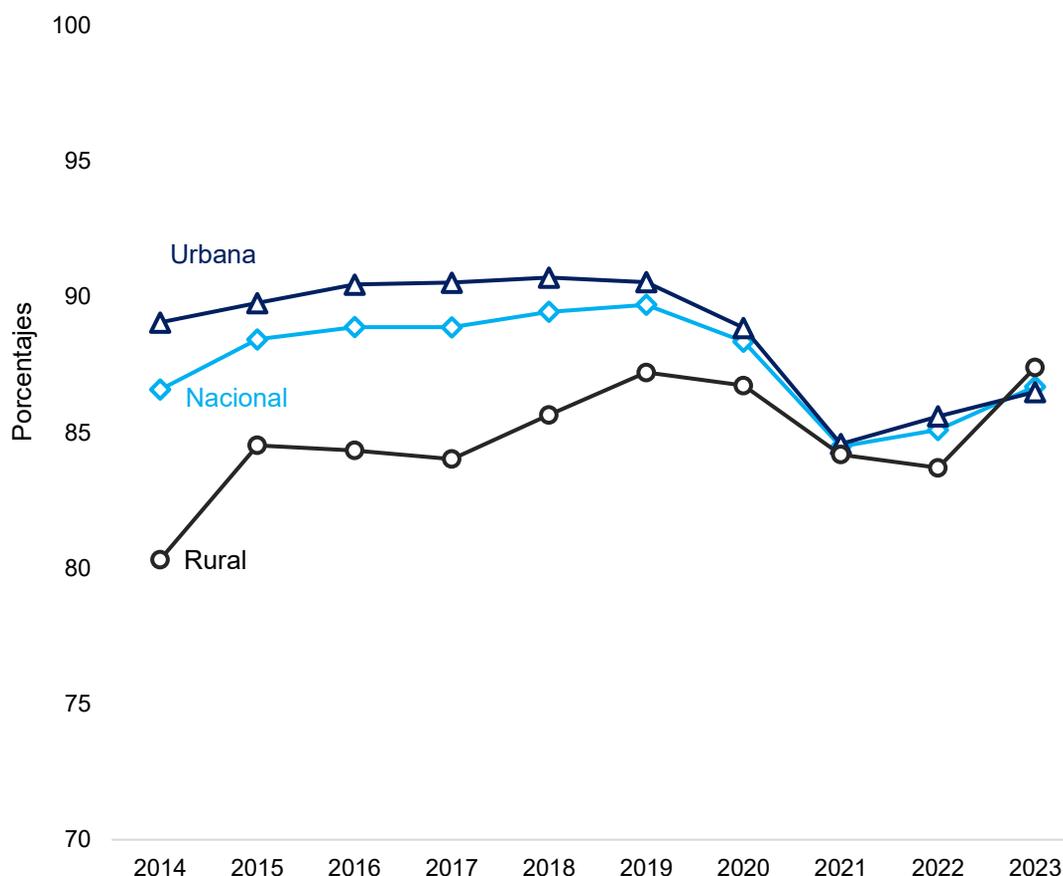


Figura 7. Perú: atención prenatal por un profesional de salud calificado, en el periodo 2010-2023 (porcentajes).

Nota. El personal de salud calificado corresponde a médicos, obstetras y enfermeras. Elaboración Ceplan a partir de datos del INEI (2024).

A pesar del aumento en el registro de atención prenatal en el Perú, el porcentaje de gestantes que realizaron seis o más controles prenatales mostró una tendencia creciente hasta el año 2019, alcanzando el 89,7 %, en comparación con el 86,6 % de 2014. Sin embargo, a partir del año 2020, debido a la pandemia de la COVID-19, este indicador se redujo al 84,5 % en 2021. Posteriormente, experimentó un leve repunte, alcanzando el 86,7 % en 2023, según se ilustra en la Figura 8.

Este comportamiento se observa también según el área de residencia. Al comparar los años 2014 y 2023, se evidencia una disminución general de 2,6 puntos porcentuales en la zona urbana, mientras que en la zona rural se registró un aumento de 7,1 puntos porcentuales. Como resultado, en 2023, por primera vez, la tasa de mujeres que recibieron asistencia para seis o más controles prenatales en el área rural (87,4 %) superó a la de la zona urbana (86,5 %).



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nacional	86,6	88,4	88,9	88,9	89,5	89,7	88,4	84,5	85,1	86,7
Urbana	89,1	89,8	90,5	90,5	90,7	90,5	88,9	84,6	85,6	86,5
Rural	80,3	84,5	84,3	84,0	85,7	87,2	86,7	84,2	83,7	87,4

Figura 8. Perú: gestantes que recibieron seis o más controles prenatales, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).

Nota. De acuerdo al Endes, se contabilizó a gestantes en los 5 años antes de la encuesta. Elaboración Ceplan a partir de datos del INEI (2024).

A nivel departamental, se presenta en la Tabla 1 la evolución de la atención prenatal por parte de profesionales de la salud, donde se observan tendencias particulares para cada departamento. En el periodo 2017-2023, los departamentos que mostraron un mayor aumento, por encima de un punto porcentual, en atención prenatal fueron: Loreto (4,8 puntos porcentuales), Ucayali (3,6

puntos porcentuales) y Madre de Dios (1,4 puntos porcentuales). Por el contrario, aquellos que presentaron una mayor reducción de atención prenatales en dicho periodo fueron: San Martín (5,6 puntos porcentuales), Amazonas (4,6 puntos porcentuales) e Ica (2,5 puntos porcentuales).

Tabla 1. Perú: atención prenatal por un profesional de salud calificado, según departamentos, en el periodo 2017-2023 (porcentajes).

Departamento	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación	Tendencia
Amazonas	89,4	89,3	94,4	93,5	88,1	89,5	84,8	↓ -4,6	
Áncash	99,7	99,0	99,3	99,8	98,8	99,1	98,3	↓ -1,4	
Apurímac	100,0	99,6	99,2	99,7	99,6	98,7	97,8	↓ -2,2	
Arequipa	99,7	99,7	99,4	99,6	99,6	99,2	98,4	↓ -1,3	
Ayacucho	98,7	97,7	98,9	99,5	99,5	99,3	98,7	0,0	
Cajamarca	97,8	97,5	97,8	96,5	97,4	97,7	96,2	↓ -1,6	
Callao	99,4	99,5	99,6	99,4	99,2	99,5	99,0	↓ -0,4	
Cusco	98,6	99,6	99,5	99,8	99,3	99,0	98,0	↓ -0,6	
Huancavelica	98,3	98,2	98,0	99,2	99,5	99,2	98,3	0,0	
Huánuco	98,9	98,2	97,8	98,6	99,7	99,4	98,7	↓ -0,2	
Ica	99,6	99,4	99,5	99,9	100,0	98,6	97,1	↓ -2,5	
Junín	98,9	98,3	98,5	98,8	98,6	98,3	97,0	↓ -1,9	
La Libertad	97,8	98,9	98,9	99,0	99,1	99,0	98,3	↑ 0,5	
Lambayeque	98,9	98,1	99,0	99,3	98,7	98,9	97,9	↓ -1,0	
Lima Metropolitana	99,8	99,6	99,7	99,4	99,5	98,8	97,6	↓ -2,2	
Lima Provincias	99,8	99,7	99,5	99,0	99,3	99,7	99,4	↓ -0,4	
Loreto	76,8	87,8	84,9	83,9	89,6	86,1	81,6	↑ 4,8	
Madre de Dios	97,2	94,8	96,2	97,8	99,0	99,2	98,6	↑ 1,4	
Moquegua	99,8	98,9	99,7	99,5	99,4	99,6	99,1	↓ -0,7	
Pasco	98,6	98,5	98,3	98,4	97,5	99,2	98,5	↓ -0,1	
Piura	98,4	99,5	98,8	98,8	98,5	98,7	97,9	↓ -0,5	
Puno	97,9	98,2	99,2	99,0	98,3	99,3	98,5	↑ 0,6	
San Martín	95,7	93,5	95,6	91,8	94,8	93,4	90,1	↓ -5,6	
Tacna	99,5	99,4	99,3	100,0	99,5	99,8	99,5	0,0	
Tumbes	99,4	99,1	98,9	99,7	99,4	99,1	98,5	↓ -0,9	
Ucayali	87,4	95,5	96,5	94,3	94,0	93,3	91,0	↑ 3,6	

Nota. El personal de salud calificado corresponde a médicos, obstetras y enfermeras. Elaboración Ceplan a partir de datos del INEI (2024).

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), los costos de la atención prenatal y los servicios de parto pueden influir negativamente en las mujeres embarazadas para no tener atención médica, poniendo en peligro la vida de las madres y sus bebés. Sin

embargo, se pueden salvar muchas vidas con atención antes, durante y después del embarazo, llevado a cabo por personal de salud calificado, en buenas instalaciones y una atención sanitaria de calidad (Unicef, 2019).

Finalmente, de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 del MIMP, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes, se espera que, para 2030 el porcentaje de gestantes con 6 o más controles prenatales se incremente a 90,3 % (MIMP, 2024).

Referencias

- INEI. (23 de mayo de 2024). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
- MIMP. (setiembre de 2024). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 - PNMNNA. <https://www.gob.pe/42698-politica-nacional-multisectorial-para-las-ninas-ninos-y-adolescentes-al-2030-pnmnna>
- Taha, S., Simpson, R. B., & Sharkey, D. (2023). The critical role of technologies in neonatal care. *Early Human Development*. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2023.105898>
- Unicef. (3 de junio de 2019). El mundo no ofrece atención de salud materna de calidad a las madres más pobres. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/el-mundo-no-ofrece-atenci%C3%B3n-de-salud-materna-de-calidad-las-madres-m%C3%A1s-pobres>
- Unicef. (enero de 2024). Antenatal care. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
- WHO. (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- WHO. (5 de octubre de 2021). New global targets to prevent maternal deaths. <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths>

3. Incremento de la lactancia materna exclusiva

Para 2030, se estima que la tasa de lactancia materna exclusiva entre lactantes menores a seis meses alcanzaría un 59 %, por debajo de la meta contemplada del 70 % para el mismo año. A nivel mundial, esta tasa se elevó del 37,1 % (equivalente a 25,7 millones) en 2012 a 48,0 % (equivalente a 31,3 millones) en 2022. En América Latina y el Caribe, el porcentaje se incrementó del 34,3 % al 43,1 %, respectivamente. En cuanto al Perú, la tasa se ha mantenido relativamente estable en el periodo 2009-2023, con apenas un incremento de 0,8 puntos porcentuales, pasando de 68,5 % en 2009 a 69,3 % en 2023. Asimismo, se espera que el porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva en el Perú se incremente a 90 % para el año 2030.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es un componente esencial para la salud y el desarrollo cognitivo infantil. A nivel global, aunque se ha registrado un incremento en la práctica de la lactancia materna, las tasas todavía se encuentran por debajo de los objetivos establecidos por organismos internacionales. En el contexto peruano, la prevalencia de la lactancia materna ha mostrado una estabilidad relativa en años recientes; sin embargo, persisten diferencias significativas entre áreas rurales y urbanas, siendo las zonas rurales las que evidencian mayores tasas. Esta discrepancia subraya la necesidad de abordar las desigualdades en el acceso a información y soporte sobre lactancia materna. Para mejorar esta situación, es crucial fortalecer las campañas educativas que promuevan la lactancia materna, aumentar la disponibilidad de servicios de salud que brinden apoyo a las madres y fomentar un entorno propicio para la lactancia, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo. Estas acciones son fundamentales para avanzar hacia la meta del 90 % de lactancia materna exclusiva para 2030, contribuyendo así a un futuro más saludable para la infancia peruana.

El término de lactancia materna exclusiva se define como la alimentación del infante únicamente con leche materna, sin la adición de otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua. Esta práctica incluye la lactancia directa, la leche materna extraída y la leche humana donada. Además, se permiten medicamentos recetados, soluciones de rehidratación oral, vitaminas y minerales (FAO y otros, 2024). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna ofrece numerosos beneficios para la salud de madres e hijos, proporcionando protección de los infantes contra enfermedades comunes como la diarrea y la neumonía, y puede reducir el riesgo de obesidad en la infancia y adolescencia (WHO, 2023).

Es preciso mencionar que la composición de la leche materna ha sido objeto de investigación científica. Como resultado, se ha revelado que la leche materna presenta miles de moléculas aún desconocidas que podrían tener efectos beneficiosos en el desarrollo infantil. De hecho, investigaciones recientes sugieren que ciertos componentes, como los oligosacáridos de la leche humana, pueden tener propiedades antiinflamatorias y potencial terapéutico para enfermedades como el cáncer y afecciones autoinmunes. Además, se ha descubierto que la leche materna contiene bacterias beneficiosas que mejoran la salud intestinal. Así, la creciente atención científica a la leche materna podría conducir a nuevos tratamientos para diversas enfermedades (The Economist, 2024).

A nivel mundial, la tasa de lactancia materna exclusiva entre lactantes menores a seis meses se ha incrementado en 11 puntos porcentuales en un periodo de veinte años, pasando del 37,1 % (equivalente a 25,7 millones) en 2012 a 48,0 % (equivalente a 31,3 millones) en 2022, como se presenta en la Figura 9. En diez años, la región de América del Norte ha mostrado un estancamiento en las

tasas de lactancia materna exclusiva alcanzando una tasa de 25,8 % en 2022, a diferencia de las otras regiones que presentaron tendencias crecientes en el mismo periodo (FAO y otros, 2024). Hasta 2022, América Latina y el Caribe aumentó la proporción de lactancia materna exclusiva, pasando de 34,3 % al 43,1 % en el periodo mencionado.

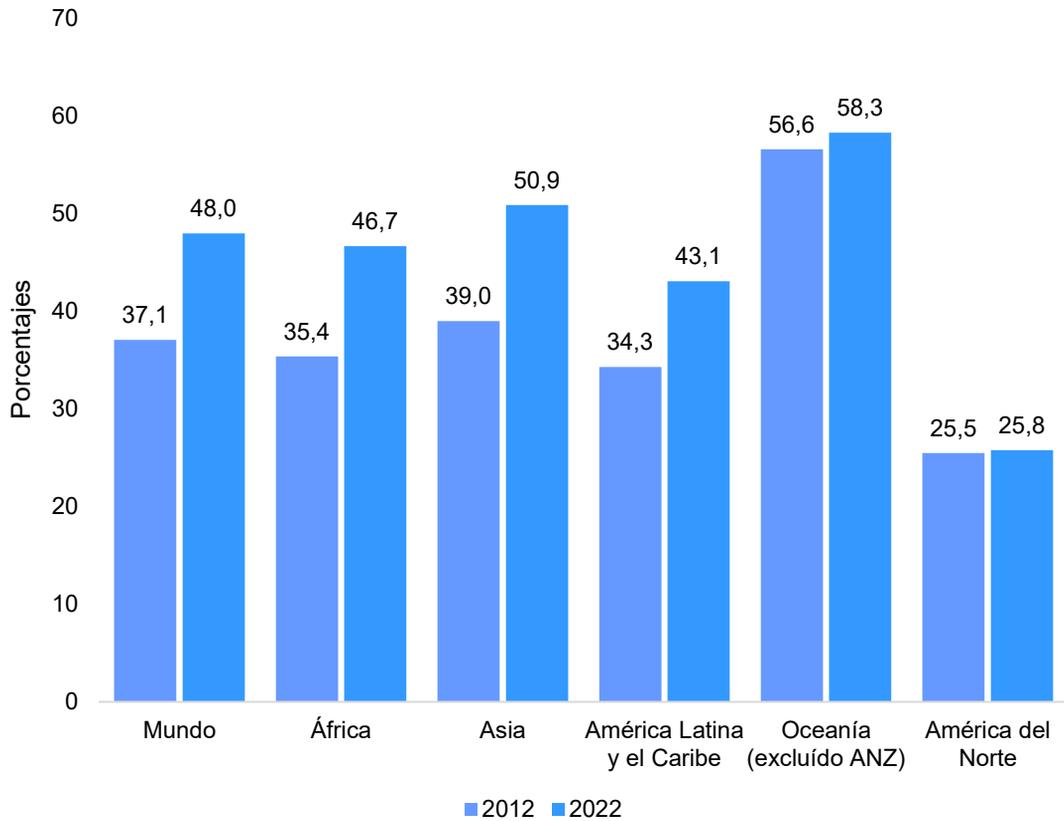


Figura 9. Mundo: prevalencia de lactancia materna exclusiva entre lactantes menores a seis meses, en 2012 y 2022 (porcentajes).

Nota. ANZ: Australia y Nueva Zelanda. Elaboración Ceplan a partir de "The State of Food Security and Nutrition in the World 2024", de FAO, IFAD, Unicef, WFP & WHO (2024).

Aunque el progreso es notable en la lactancia materna exclusiva, se estima que la tasa alcanzaría el 59 % para el año 2030, por debajo de la meta contemplada del 70 % para el mismo año (FAO y otros, 2024). En mira de otros indicadores de lactancia presentados en la Figura 10, en 2022, solo el 46 % de los bebés fueron amamantados en la primera hora tras el nacimiento, lejos también del objetivo

del 70 % para 2030. Sin embargo, el 71 % de los niños fueron amamantados al año, a solo 9 puntos porcentuales de la meta del 80 %. No obstante, solo el 45 % continuaron siendo amamantados a los dos años, sugiriendo la necesidad de más apoyo para promover la lactancia prolongada para lograr cubrir al 60 % de infantes.

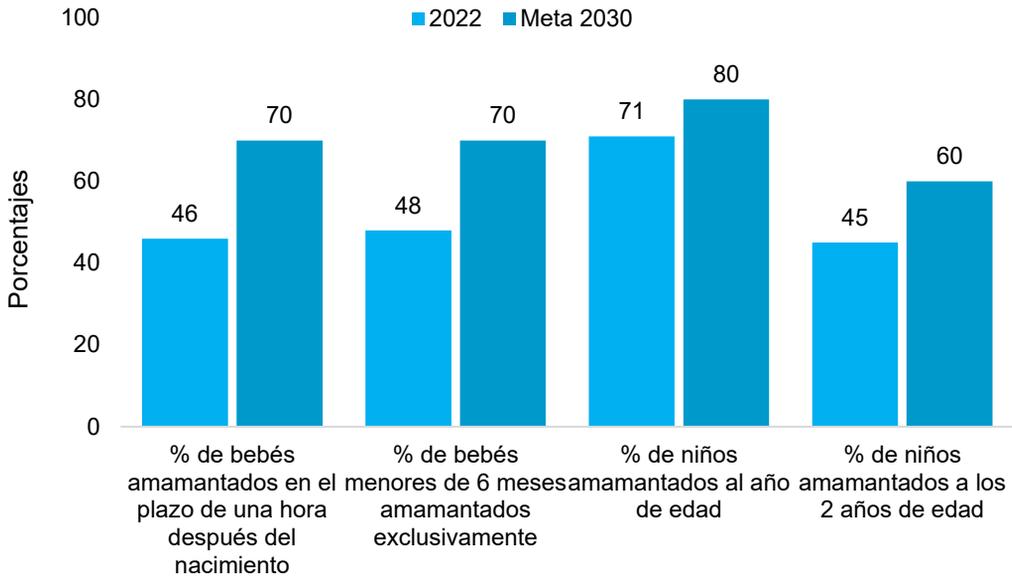


Figura 10. Mundo: prevalencia de lactancia materna, en 2012 y meta para 2030 (porcentajes).
 Nota. Adaptado a partir de "Global breastfeeding scorecard 2023: rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support" (WHO & Unicef, 2023).

A nivel nacional, la tasa de la lactancia materna en niñas y niños menores de seis meses se ha mantenido relativamente estable en el periodo 2009-2023, con apenas un incremento de 0,8 puntos porcentuales, pasando de 68,5 % en 2009 a 69,3 % en 2023, según se presenta en la Figura 11. En el último año (2023), la lactancia materna en el área de

residencia rural presentó una tasa del 78,3 % en comparación con el 65,5 % observado en el área urbana. En el periodo de análisis, el área urbana ha presentado un incremento de 4,9 puntos porcentuales, mientras que el área rural enfrentó un descenso de 4,6 puntos porcentuales.

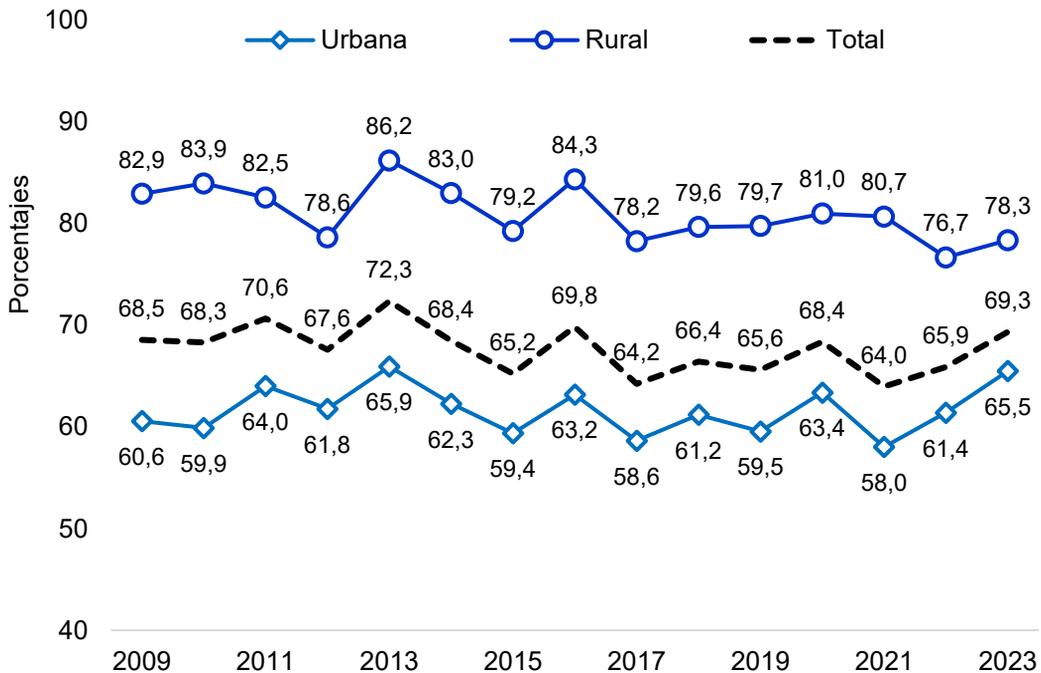


Figura 11. Perú: prevalencia de lactancia materna entre lactantes menores a seis meses, en el periodo 2009-2023 (porcentajes).
 Nota. Elaboración Ceplan a partir del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024).

A nivel departamental, en la Tabla 2 se presenta la evolución de la lactancia materna en menores de seis meses, donde se observan diferentes tendencias por cada departamento. Comparando los datos reportado entre los años 2014 y 2023, los departamentos que mostraron los mayores aumentos fueron Moquegua (28 puntos porcentuales), Callao (23,4 puntos porcentuales), La Libertad (12,8 puntos porcentuales), Tumbes (6,8 puntos porcentuales) y Junín (5,7 puntos porcentuales). En contraste, las regiones que sufrieron las mayores caídas, todas superiores a diez puntos porcentuales, incluyen a Cusco (19 puntos porcentuales), Ayacucho (16,4 puntos porcentuales), Pasco (15,9 puntos porcentuales), Apurímac (13,2 puntos porcentuales) y Huancavelica (10,7 puntos porcentuales).

Tabla 2. Perú: prevalencia de lactancia materna exclusiva entre lactantes menores a seis meses, según departamentos, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).

Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación	Tendencia
Nacional	68,4	65,2	69,8	64,2	66,4	65,7	68,4	64,0	65,9	69,3	↑ 0,9	
Amazonas	77,2	83,9	77,1	76,3	76,7	76,4	71,2	68,3	78,2	71,2	↓ -6,0	
Áncash	79,6	64,4	69,2	79,4	71,9	82,3	88,6	72,3	68,0	83,2	↑ 3,6	
Apurímac	92,9	94,5	88,3	80,5	82,7	86,8	87,4	85,3	81,2	79,7	↓ -13,2	
Arequipa	76,9	65,7	59,3	70,2	55,6	57,8	63,6	72,9	64,5	74,0	↓ -2,9	
Ayacucho	95,3	84,5	84,9	80,2	80,7	73,5	74,5	72,3	86,0	78,9	↓ -16,4	
Cajamarca	92,1	78,9	79,8	67,8	82,5	75,0	85,0	72,1	66,7	85,2	↓ -6,9	
Callao	41,4	51,3	46,4	53,2	56,6	58,2	49,6	45,7	49,8	64,8	↑ 23,4	
Cusco	93,7	77,4	84,9	76,0	73,9	64,6	75,7	72,5	78,8	74,7	↓ -19,0	
Huancavelica	93,3	86,9	100,0	78,4	89,9	81,1	79,3	80,9	75,6	82,6	↓ -10,7	
Huánuco	74,8	82,1	76,8	74,7	78,7	74,7	72,9	73,8	85,0	77,3	↑ 2,5	
Ica	47,4	31,7	40,6	40,4	28,6	44,5	46,8	46,3	62,0	48,5	↑ 1,1	
Junín	74,6	79,8	78,6	78,9	76,7	87,0	87,5	72,1	76,2	80,3	↑ 5,7	
La Libertad	51,4	67,6	74,9	67,0	63,6	79,4	75,2	62,4	73,1	64,2	↑ 12,8	
Lambayeque	69,4	55,8	65,6	64,4	53,0	67,5	65,5	71,0	66,4	61,3	↓ -8,1	
Lima Metropolitana	57,8	56,3	63,9	54,3	60,8	54,0	60,9	53,3	61,7	60,1	↑ 2,3	
Lima Provincias	50,6	59,1	61,9	67,1	56,0	60,2	60,8	70,6	52,6	56,1	↑ 5,5	
Loreto	80,8	78,8	85,3	72,4	89,4	81,1	78,5	80,3	67,7	77,9	↓ -2,9	
Madre de Dios	51,9	47,7	45,3	35,2	65,3	51,7	71,5	61,5	49,3	55,4	↑ 3,5	
Moquegua	40,9	69,9	61,4	52,5	64,9	52,8	70,8	63,3	80,1	68,9	↑ 28,0	
Pasco	87,7	79,4	94,6	67,8	63,5	79,4	78,9	74,6	70,9	71,8	↓ -15,9	
Piura	71,6	53,1	67,6	60,2	65,8	53,9	54,1	56,6	48,5	66,6	↓ -5,0	
Puno	79,1	77,9	85,1	87,8	67,1	66,8	86,3	79,3	78,8	81,2	↑ 2,1	
San Martín	62,5	68,0	69,7	58,7	61,5	64,7	71,8	57,9	74,2	66,6	↑ 4,1	
Tacna	66,4	61,2	57,6	66,0	75,9	59,0	68,9	52,5	51,0	65,4	↓ -1,0	
Tumbes	40,0	42,1	29,6	37,8	43,8	41,9	43,2	45,8	55,0	46,8	↑ 6,8	
Ucayali	82,3	80,0	74,2	71,3	77,9	74,4	75,1	70,9	71,3	80,9	↓ -1,4	

Nota. Elaboración Ceplan a partir del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024).

Según rango de meses de la lactancia materna, en 2023, los menores de dos meses presentaron la mayor tasa de prevalencia de lactancia materna, con 81,8 %, según se presenta en la Figura 12. Seguida de la lactancia entre los dos y tres meses, con el

74,3 %, y en menores entre cuatro y cinco meses, con el 59,9 %. En el periodo 2012-2023, se observa tasas fluctuantes; sin embargo, los menores de cuatro a cinco meses tuvieron un descenso de 0,4 puntos porcentuales.

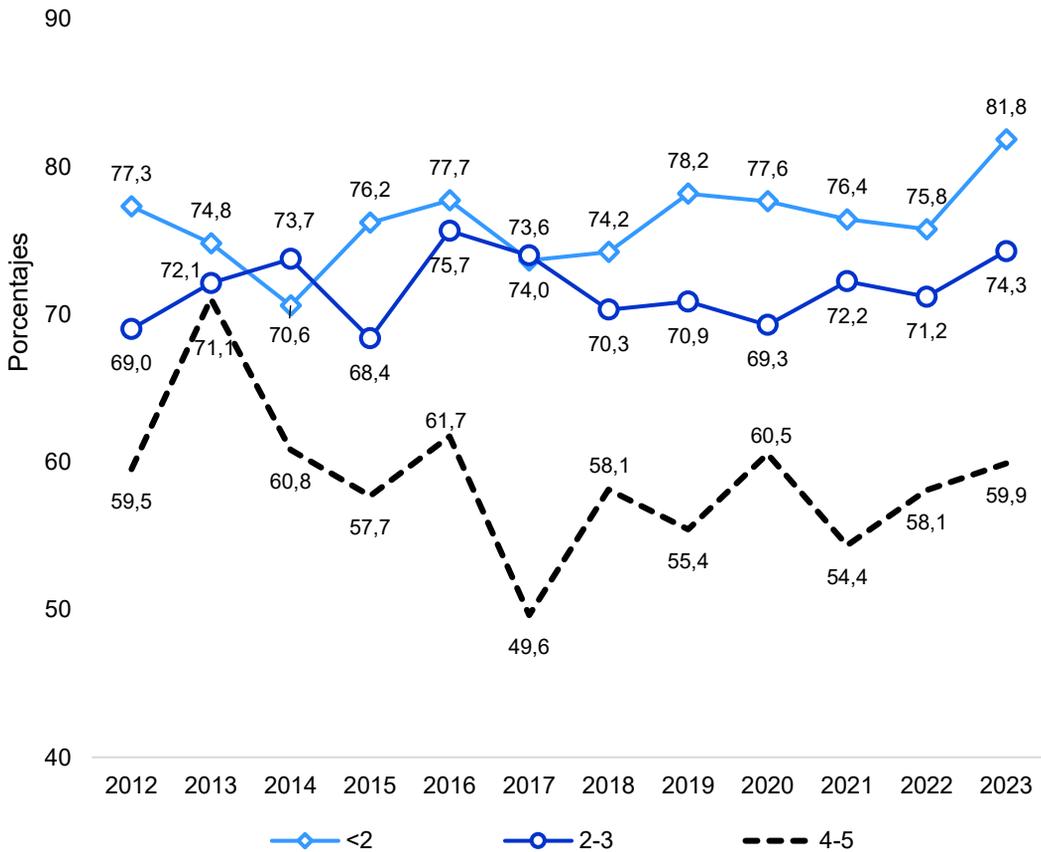


Figura 12. Perú: lactancia materna en menores a seis meses, según rango de meses, en el periodo 2012-2022 (porcentajes). Nota. Elaboración Ceplan a partir del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024).

La evidencia sugiere que la implementación de programas de educación prenatal individualizada, junto con un soporte postnatal sostenido, contribuye significativamente al incremento de las tasas de lactancia materna exclusiva. Ya que la intervención individualizada y el seguimiento telefónico mensual pueden identificar y resolver problemas, proporcionando un apoyo efectivo sin incurrir en altos costos. Además, involucrar a miembros de la familia, como los padres, en el proceso de lactancia también se asocia con mejores tasas de éxito. Es crucial crear un entorno favorable para iniciar la lactancia y proporcionar asesoría específica, garantizando que el apoyo profesional esté disponible de

manera proactiva y no dependa de la iniciativa de las madres para buscar ayuda. De manera que implementar estas estrategias integradas puede llevar a una mayor satisfacción tanto para la madre como para el bebé y fomentar una lactancia materna más prolongada (Huang y otros, 2019).

Finalmente, de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 del Minsa, con el objetivo de mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población, se espera que, en 2030 el porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva se incremente a 90 % (Minsa, 2020).

Referencias

- FAO, IFAD, Unicef, & WHO, W. &. (2024). The State of Food Security and Nutrition in the World 2024. Roma, Italia. <https://doi.org/10.4060/cd1254en>
- Huang, P., Yao, J., Liu, X., & Luo, B. (2019). Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. *Medicine*, 98(47). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017822>
- INEI. (23 de mayo de 2024). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
- Minsa. (24 de agosto de 2020). La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1257169/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030%20.pdf>
- The Economist. (11 de setiembre de 2024). Breast milk’s benefits are not limited to babies. <https://www.economist.com/science-and-technology/2024/09/11/breast-milks-benefits-are-not-limited-to-babies>
- WHO & Unicef. (diciembre de 2023). Global breastfeeding scorecard 2023: rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>
- WHO. (9 de agosto de 2023). Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>

4. Persistencia de nacimientos prematuros en el Perú

A nivel mundial, en 2020, la prevalencia de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos fue del 9,9 %, apenas superior al 9,8 % registrado en 2010. Sin embargo, en valores absolutos, el número de nacimientos prematuros aumentó de 13,4 millones en 2010 a 13,8 millones en 2020. Mientras que, en América Latina se registró una tasa estable de 8,9 % entre 2010 y 2020. El panorama es distinto en el Perú, con un incremento en el porcentaje de nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación entre 2014 y 2023, pasando de un 17,2 % a un 22,1 %. Hacia 2030, se tiene como objetivo que el porcentaje de nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación en el Perú se reduzca a 14,4 %.

El incremento de los nacimientos prematuros, definidos como aquellos ocurridos antes de las 37 semanas de gestación, representa un desafío significativo para la salud infantil en el Perú. Estos bebés son más vulnerables a complicaciones y, aunque no todos presentan problemas, los nacimientos prematuros son una de las principales causas de mortalidad y discapacidades en menores de cinco años. A nivel global, la prevalencia de nacimientos prematuros se ha mantenido relativamente constante, pero el número absoluto ha aumentado, lo que indica una preocupación creciente. En el contexto peruano, se ha observado un aumento notable en la proporción de partos prematuros, especialmente en áreas urbanas, donde las tasas son significativamente más altas que en zonas rurales. Las causas subyacentes incluyen factores como embarazos adolescentes, condiciones socioeconómicas desfavorables y falta de acceso a atención prenatal adecuada. Para abordar esta problemática, se recomienda fortalecer los programas de salud pública que promuevan el control prenatal, la educación sobre salud materna, y mejorar las condiciones de vida, garantizando así el bienestar de las madres y sus bebés. Implementar estas estrategias es esencial para reducir la incidencia de nacimientos prematuros y mejorar la salud infantil en el país.

Los nacimientos prematuros son aquellos que no cumplen las 37 semanas de gestación. Esta situación puede producirse de forma espontánea o ser el resultado de intervenciones médicas deliberadas, en presencia de procesos infecciosos o complicaciones del embarazo que exigen la realización de una cesárea o la inducción del parto. En el panorama de la salud infantil mundial, la prematuridad se destaca como la causa principal de mortalidad en la población menor de cinco años. Sin embargo, los sobrevivientes de nacimientos prematuros a menudo enfrentan discapacidades, pueden incluir dificultades de aprendizaje y deficiencias en los sistemas visual o auditivo (WHO, 2023).

En el Perú, el porcentaje de nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación se ha incrementado entre 2014 y 2023, pasando de un 17,2 % a un 22,1 %, tal y como se observa en la Figura 13. En 2020, se registró la cifra más alta, con el 23,1 % y, aunque, las cifras sean menores en los años siguientes, se mantiene relativamente estable y por encima de lo registrado en 2014. Según ámbito geográfico, las tasas urbanas son notablemente más altas en comparación con las rurales. En 2022, la tasa de nacidos menores de 37 semanas de gestación en el área urbana alcanzó un 24,5 %, representando un incremento de 4,7 puntos porcentuales por encima del 19,8 % registrado en 2014. Así también, las tasas rurales se elevaron del 10,8 % en 2014 al 15 % en 2023, marcando un incremento de 4,2 puntos porcentuales.

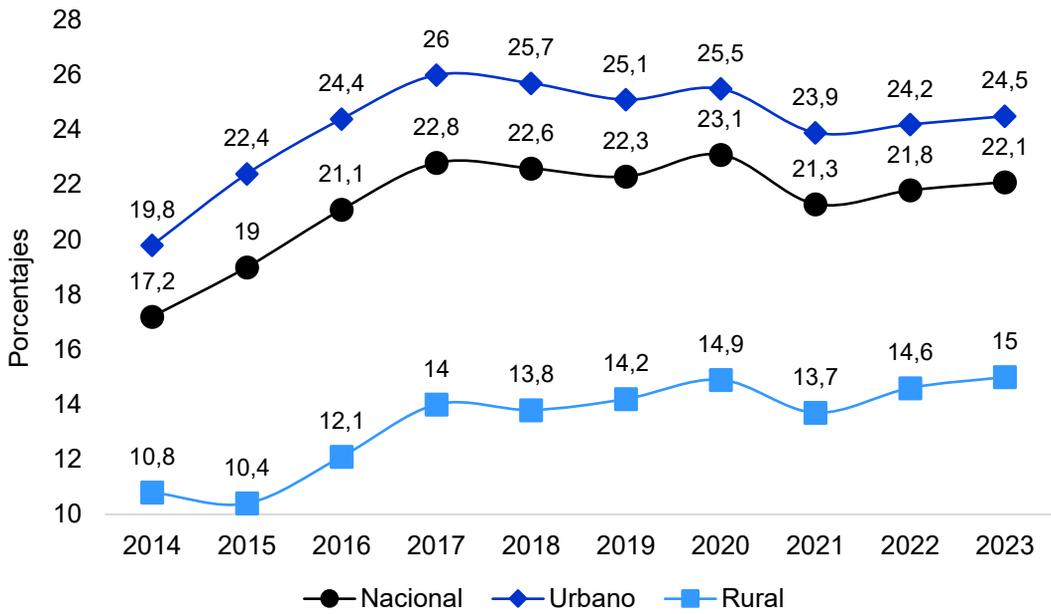


Figura 13. Perú: nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).
 Nota. El indicador brinda la proporción producto del cociente del total madres de recién nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas y el total de madres de nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta. Elaboración Ceplan a partir de "Perú: Evolución de los Indicadores de los Programas Presupuestales 2014-2023", del INEI (2024).

De acuerdo con el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud, en 2023 se reportaron 30 692 nacimientos prematuros, marcando un incremento del 55,3 % en comparación con los 19 766 nacimientos en 2014. A pesar de este crecimiento, el número de nacimientos prematuros ha permanecido bastante estable y alto en los años recientes, como se observa en

la Figura 14. En particular, los partos ocurridos entre 32 y 36 semanas han aumentado un 57,8%, subiendo de 17 071 en 2014 a 26 945 en 2023. En un aumento más modesto, los nacimientos prematuros entre 27 y 31 semanas crecieron un 38,4 %, pasando de 2059 a 2850. Por último, los nacidos vivos antes de las 27 semanas aumentaron un 41 %, subiendo de 636 a 897.

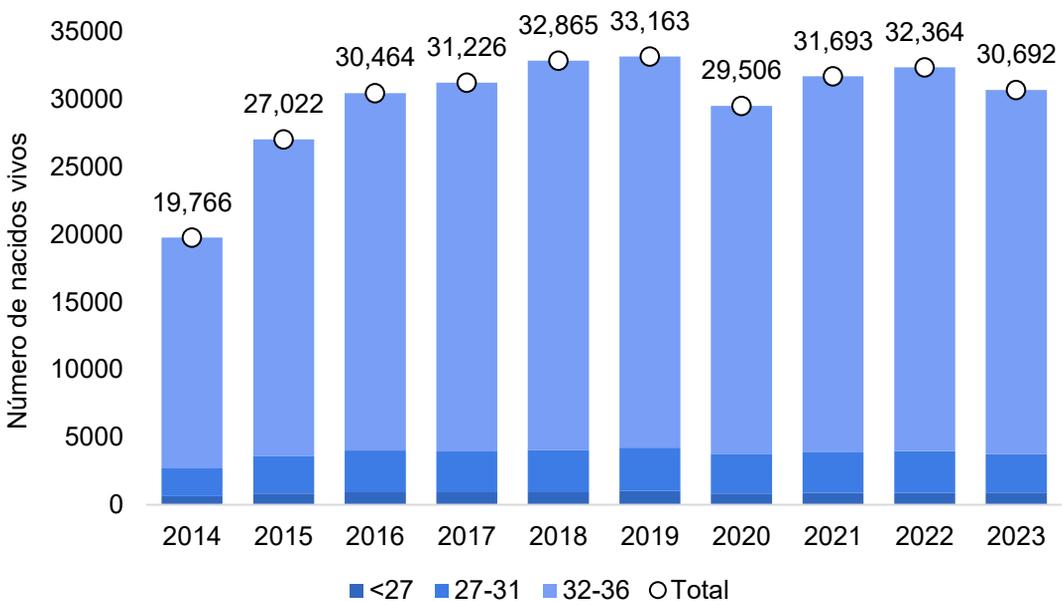


Figura 14. Perú: nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, según rango de meses, en el periodo 2014-2023 (número de nacidos vivos).
 Nota. Elaboración Ceplan a partir de datos del Ministerio de la Salud (2024).

A nivel departamental, se presenta en la Tabla 3 la evolución de nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, donde se observan tendencias particulares para cada departamento. Comparando los años 2014 y 2023, los departamentos que mostraron los mayores incrementos, por encima de ocho puntos porcentuales, fueron: Áncash (15,0 puntos porcentuales), Junín (13,2 puntos porcentuales), Ica (13,1 puntos porcentuales) y Loreto (8,5 puntos porcentuales). A excepción del resto, los departamentos de Moquegua (2,9 puntos porcentuales), Pasco (1,1 puntos porcentuales), Amazonas (0,6 puntos porcentuales) y Huancavelica (0,2 puntos porcentuales).

Tabla 3. Perú: nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, según departamentos, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).

Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación	Tendencia
Amazonas	11,6	11,7	12,4	15,4	14,8	13,7	12,9	11,6	12,3	11,0	↓ -0,6	
Áncash	11,3	14,4	18,8	18,0	19,8	21,3	21,7	24,0	22,6	26,3	↑ 15,0	
Apurímac	12,6	15,9	16,7	20,6	20,0	19,4	19,0	17,3	17,6	19,2	↑ 6,6	
Arequipa	13,7	11,5	19,3	22,3	27,3	16,4	13,6	15,7	16,8	16,0	↑ 2,3	
Ayacucho	16,6	16,5	17,4	16,8	18,2	17,1	18,8	17,9	22,6	21,0	↑ 4,4	
Cajamarca	12,2	16,4	15,1	16,2	16,8	15,3	14,1	12,0	11,1	17,0	↑ 4,8	
Prov. Const. del Callao	23,6	24,2	32,4	34,5	32,0	30,6	31,3	31,9	27,3	30,3	↑ 6,7	
Cusco	14,2		19,3	17,9	16,9	16,0	18,0	18,6	19,8	20,1	↑ 5,9	
Huancavelica	14,9	12,9	13,7	12,5	14,8	20,6	15,5	17,6	15,2	14,7	↓ -0,2	
Huánuco	15,2	17,1	14,6	18,3	14,7	14,7	14,5	16,3	18,7	18,2	↑ 3,0	
Ica	18,6	21,9	24,0	24,9	25,4	28,1	29,0	28,2	29,1	31,7	↑ 13,1	
Junín	10,4	15,0	15,7	18,2	23,7	26,3	26,9	20,8	21,3	23,6	↑ 13,2	
La Libertad	16,3	21,2	22,6	24,0	22,7	24,1	22,9	22,1	23,8	21,3	↑ 5,0	
Lambayeque	17,6	17,7	23,8	20,5	19,2	22,2	21,5	19,0	20,3	18,0	↑ 0,4	
Lima	24,2	27,7	28,5	32,1	30,8	30,1	30,4	29,8	29,7	28,7	↑ 4,5	
Departamento Lima	18,4	20,7	25,9	27,8	28,8	28,1	25,5	26,7	23,8	24,9	↑ 6,5	
Loreto	10,4	12,3	11,6	13,8	14,7	14,1	15,6	14,4	16,3	18,9	↑ 8,5	
Madre	14,1	12,3	14,2	15,4	17,5	13,1	20,0	15,4	13,1	15,8	↑ 1,7	
Moquegua	21,0	21,3	19,1	15,0	17,8	18,5	19,4	20,5	16,6	18,1	↓ -2,9	
Pasco	15,7	16,3	17,1	19,3	18,9	21,1	19,6	20,4	20,9	14,6	↓ -1,1	
Piura	20,9	19,5	23,0	22,3	19,6	19,8	19,3	17,7	21,2	22,1	↑ 1,2	
Puno	14,6	10,4	10,4	13,8	15,8	14,5	24,7	17,0	13,9	17,7	↑ 3,1	
San Martín	8,2	9,5	9,6	8,5	8,8	7,7	10,5	8,8	12,0	11,6	↑ 3,4	
Tacna	11,9	16,2	21,1	21,7	17,5	21,0	22,9	19,6	15,0	13,8	↑ 1,9	
Tumbes	18,8	21,8	28,3	26,5	27,2	25,3	23,3	19,5	19,1	22,4	↑ 3,6	
Ucayali	9,6	8,6	11,7	7,4	9,8	10,4	9,0	11,5	12,8	10,4	↑ 0,8	

Nota. Elaboración Ceplan a partir de "Perú: Evolución de los Indicadores de los Programas Presupuestales 2014-2023", del INEI (2024).

En el mundo, en 2020, la prevalencia de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos fue del 9,9 %, apenas superior al 9,8 % registrado en 2010. Sin embargo, en valores absolutos, el número de nacimientos prematuros aumentó de 13,4 millones en 2010 a 13,8 millones en 2020. Ahora bien, según la Figura 15, las tendencias en este indicador han variado entre las distintas regiones del mundo, aunque no han mostrado cambios

significativos. Hasta el año 2020, la región de Asia Meridional reportó la tasa más alta de nacimientos prematuros, con un 13,2 %, en contraste con las regiones que presentaron tasas más bajas como América del Norte, Australia y Nueva Zelanda, Asia Central y Europa, con el 7,9 %, y Asia Oriental, Asia Sudoriental y Oceanía, con el 6,8 %.

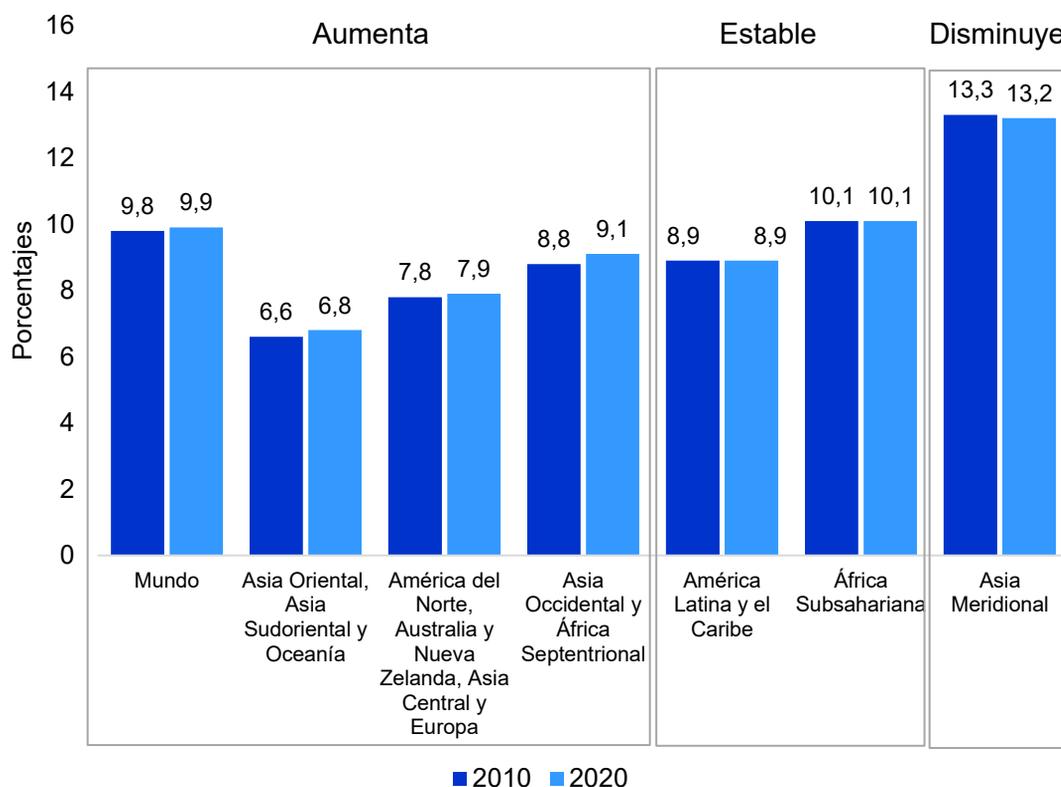


Figura 15. Mundo: tasa de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos, en 2010 y 2020 (tasa por cada 100 nacidos vivos).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de "National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic análisis", de Ohuma, y otros (2023).

Es crucial reconocer que un alto porcentaje de los partos prematuros en el Perú se originan en embarazos adolescentes, situación que implica que el organismo de la madre no está adecuadamente preparado. En líneas generales, el fortalecimiento del control prenatal, así como la mejora en las condiciones de vida, la higiene, la alimentación y la prevención de la violencia en el hogar podría reducir significativamente los nacimientos prematuros (Minsa, 2019).

En el marco de las estrategias para aumentar la supervivencia de los neonatos prematuros, el Ministerio de Salud ha puesto en marcha una serie de intervenciones basadas en evidencia. Entre estas se destacan la implementación del "método canguro", la promoción activa de la lactancia materna exclusiva y el establecimiento de protocolos de seguimiento especializado (Minsa, 2023). En este contexto, el Banco de Leche Humana, operando bajo la tutela del Ministerio de Salud,

ha logrado avances significativos en la provisión de leche materna pasteurizada en niños prematuros. Esta iniciativa ha demostrado efectos positivos en la salud y el desarrollo neurológico de los recién nacidos en estado crítico, contribuyendo a la reducción de los períodos de hospitalización (Solar Silva, 2024).

Finalmente, de acuerdo a la Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 del MIMP, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes, se espera que, en 2030 el porcentaje de nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación se reduzca a 14,4 % (MIMP, 2024).

Referencias

- INEI. (julio de 2024). Perú: Evolución de los Indicadores de los Programas Presupuestales 2014-2023. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1967/libro.pdf
- MIMP. (setiembre de 2024). Política Nacional Multisectorial para las Niñas, Niños y Adolescentes al 2030 del MIMP. <https://www.gob.pe/42698-politica-nacional-multisectorial-para-las-ninas-ninos-y-adolescentes-al-2030-pnmna>
- Minsa. (6 de setiembre de 2019). Nacimientos prematuros, malformaciones e infecciones son principales causas de mortalidad neonatal. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50596-nacimientos-prematuros-malformaciones-e-infecciones-son-principales-causas-de-mortalidad-neonatal>
- Minsa. (14 de noviembre de 2023). Día Mundial del Niño Prematuro: El 7.5 % de nacimientos son prematuros en el Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/866060-dia-mundial-del-nino-prematuro-el-7-5-de-nacimientos-son-prematuros-en-el-peru>
- Minsa. (17 de setiembre de 2024). Certificado de Nacido Vivo. https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_cnv.asp
- Ohuma, E., Moller, A.-B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., & Lewin, A. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *The Lancet*, 402, 1261-1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)
- Solar Silva, D. (23 de marzo de 2024). Más de 2 mil bebés prematuros lograron recuperarse gracias a la donación de leche humana. Infobae: <https://www.infobae.com/peru/2024/03/23/mas-de-2-mil-bebes-prematuros-lograron-recuperarse-gracias-a-la-donacion-de-leche-humana/>
- WHO. (11 de mayo de 2023). Nacimientos prematuros. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

5. Estancamiento en la donación de órganos

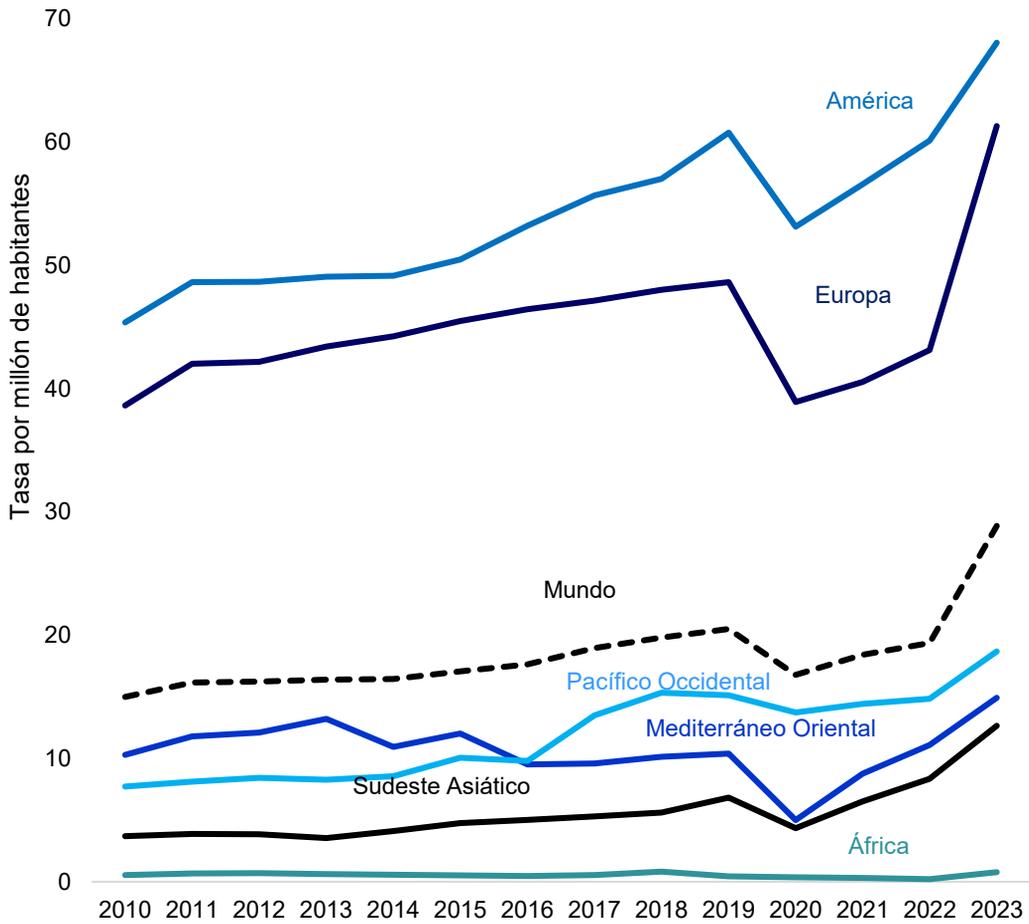
A nivel mundial, la tasa global de donación de órganos, expresada por millón de habitantes, ha presentado un incremento continuo entre los años 2010 y 2023, pasando de un 15,0 a un 28,9 por millón de habitantes. Otro indicador es la tasa de donantes fallecidos, que ha mostrado un aumento desde 2010, siguiendo una tendencia similar a la tasa de donación de órganos. En 2023, esta tasa se situó en 7,5 por cada millón de habitantes, más del doble en comparación con la cifra del año 2010. De igual forma, América presentó tendencias crecientes para ambas tasas. En contraste, el Perú las tasas de donación de órganos (6,5) y donantes fallecidos (1,5) en 2023, tuvieron tendencias decrecientes con respecto al año 2010 (6,9 y 3,2, respectivamente). Hacia 2030, a nivel mundial se tiene como objetivo promover el acceso equitativo al trasplante de órganos, para contribuir a satisfacer la demanda creciente insatisfecha, asimismo, se espera que la tasa de donación de órganos y donantes fallecidos por millón de habitantes en el Perú se incremente a 8,6 y 2,5, respectivamente.

La donación de órganos no solo mejora la calidad de vida, sino que también prolonga la existencia de personas afectadas por enfermedades terminales. A nivel global, aunque se ha registrado un incremento sostenido en las tasas de donación, la oferta sigue siendo insuficiente para satisfacer la creciente demanda, lo que ha conducido a una crisis de disponibilidad en diversas regiones. En el contexto peruano, las tasas de donación han experimentado fluctuaciones significativas, con descensos notables durante la pandemia de la COVID-19, resultando en cifras que permanecen por debajo de los niveles previos a la crisis sanitaria. Este desafío se ve agravado por la resistencia de las familias a consentir la donación, influenciada por creencias culturales y la falta de información sobre el proceso. Para abordar esta problemática, es crucial implementar estrategias de educación pública que sensibilicen a la población sobre la importancia de la donación de órganos, así como fortalecer la infraestructura de salud y los programas de divulgación. Asimismo, mejorar la gestión de información relacionada con la donación y el trasplante es esencial para avanzar hacia un sistema más equitativo y efectivo que contribuya a salvar vidas en el país.

El trasplante de órganos es un tratamiento consolidado, considerado la mejor y, en ocasiones, la única opción para salvar vidas en casos de enfermedades o lesiones graves, ya sean congénitas, hereditarias o adquiridas. Este procedimiento es fundamental en situaciones de insuficiencia orgánica aguda o crónica, ofreciendo ventajas significativas en supervivencia y calidad de vida en comparación con otros tratamientos (WHO, 2022).

Según datos del Observatorio Mundial de Donación y Trasplante (GODT, por sus siglas en inglés), la tasa global de donación de

órganos, expresada por millón de habitantes, ha presentado un incremento continuo entre los años 2010 y 2023, tal y como se observa en la Figura 16. Durante el período de 2010 a 2019, esta tasa creció de un 15,0 a un 20,5 por millón de habitantes. Sin embargo, en 2020, cayó a un 16,8, el nivel más bajo en trece años. Desde ese año, la tasa ha ido en ascenso, alcanzando un 28,9 en 2023. En ese año, las regiones con las tasas de donación más altas fueron América y Europa, con 68,1 y 61,3, respectivamente, mientras que África y el Sudeste Asiático reportaron las cifras más bajas, con 0,8 y 9,0 por cada millón de habitantes.

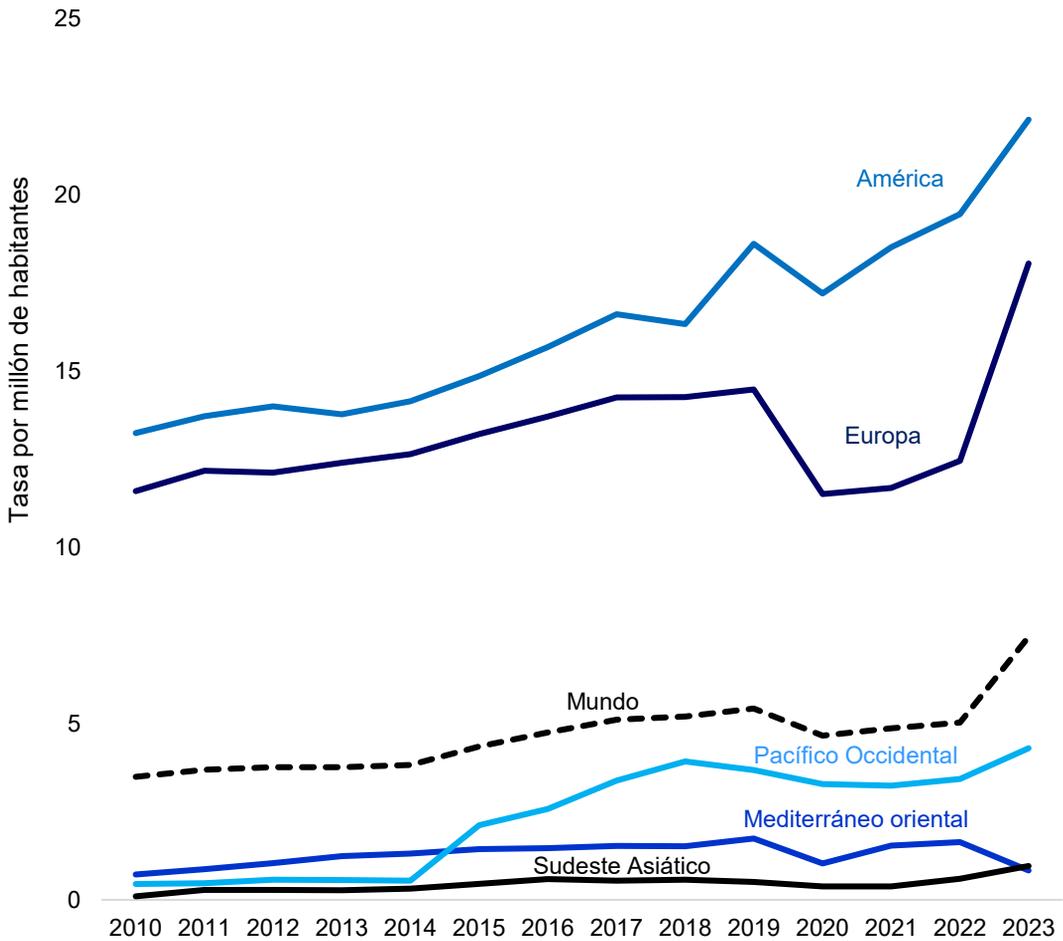


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mundo	15,0	16,2	16,2	16,4	16,5	17,1	17,6	18,9	19,8	20,5	16,8	18,4	19,4	28,9
América	45,4	48,6	48,7	49,1	49,2	50,5	53,2	55,7	57,0	60,7	53,1	56,6	60,1	68,1
África	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,8	0,4	0,4	0,3	0,2	0,8
Mediterráneo Oriental	10,3	11,8	12,1	13,2	10,9	12,0	9,5	9,6	10,1	10,4	5,0	8,8	11,1	14,9
Europa	38,6	42,0	42,2	43,4	44,2	45,5	46,4	47,1	48,0	48,6	38,9	40,5	43,1	61,3
Sudeste Asiático	3,7	3,9	3,9	3,5	4,1	4,8	5,0	5,3	5,6	6,8	4,4	6,5	8,4	12,7
Pacífico Occidental	7,7	8,1	8,4	8,3	8,6	10,1	9,8	13,5	15,3	15,1	13,7	14,4	14,8	18,7

Figura 16. Mundo: tasa de trasplante de órganos, según regiones, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes).
 Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos del Global Observatory on Donation and Transplantation (2024).

Otro indicador es la tasa de donantes fallecidos, que ha mostrado un aumento desde 2010, siguiendo una tendencia similar a la tasa de donación de órganos. En 2023, esta tasa se

situó en 7,5 por cada millón de habitantes, más del doble en comparación con la cifra del año 2010, como se ilustra en la Figura 17.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mundo	3,5	3,7	3,8	3,8	3,8	4,4	4,8	5,1	5,2	5,4	4,7	4,9	5,0	7,5
América	13,2	13,7	14,0	13,8	14,1	14,9	15,7	16,6	16,3	18,6	17,2	18,5	19,5	22,1
Mediterráneo oriental	0,7	0,9	1,0	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,5	1,7	1,0	1,5	1,6	0,8
Europa	11,6	12,2	12,1	12,4	12,6	13,2	13,7	14,3	14,3	14,5	11,5	11,7	12,5	18,1
Sudeste Asiático	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6	1,0
Pacífico Occidental	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	2,1	2,6	3,4	3,9	3,7	3,3	3,2	3,4	4,3

Figura 17. Mundo: tasa de donantes fallecidos, según regiones, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes). Nota. Los datos de África fueron significativamente bajos para ser considerados relevantes. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos del Global Observatory on Donation and Transplantation (2024).

En el Perú, la tasa de donación de órganos ha presentado un comportamiento fluctuante en el periodo 2010-2023, como se ilustra en la Figura 18. Durante este periodo, se alcanzaron tasas máximas de 9,0 en 2011 y 7,9 por millón de habitantes en 2019. Sin embargo, en 2020, esta tasa se redujo drásticamente, descendiendo a 2,1. Desde entonces, ha mostrado una tendencia al alza, alcanzando

6,5 en 2023, aunque aún por debajo de los niveles observados en 2019, antes de la pandemia de la COVID-19. Con respecto a la tasa de donantes fallecidos, ha presentado un comportamiento decreciente desde el año 2010, comenzando en 3,2 por millón de habitantes. La cifra de 1,5 en 2023 refleja una caída de más del 50 % con respecto a lo registrado en 2010.

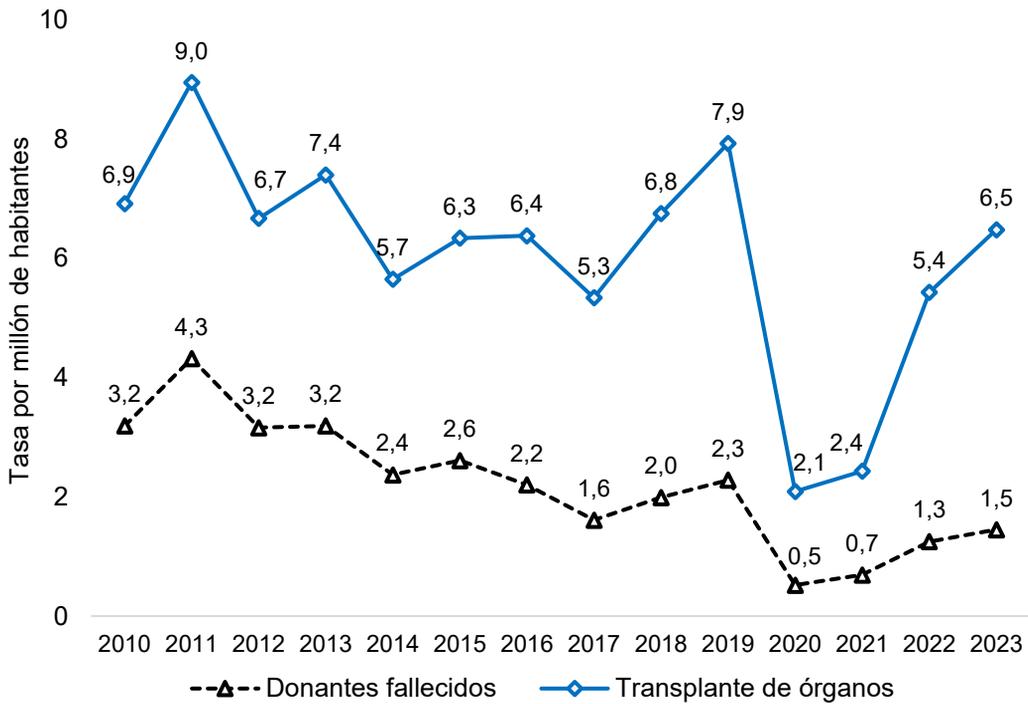
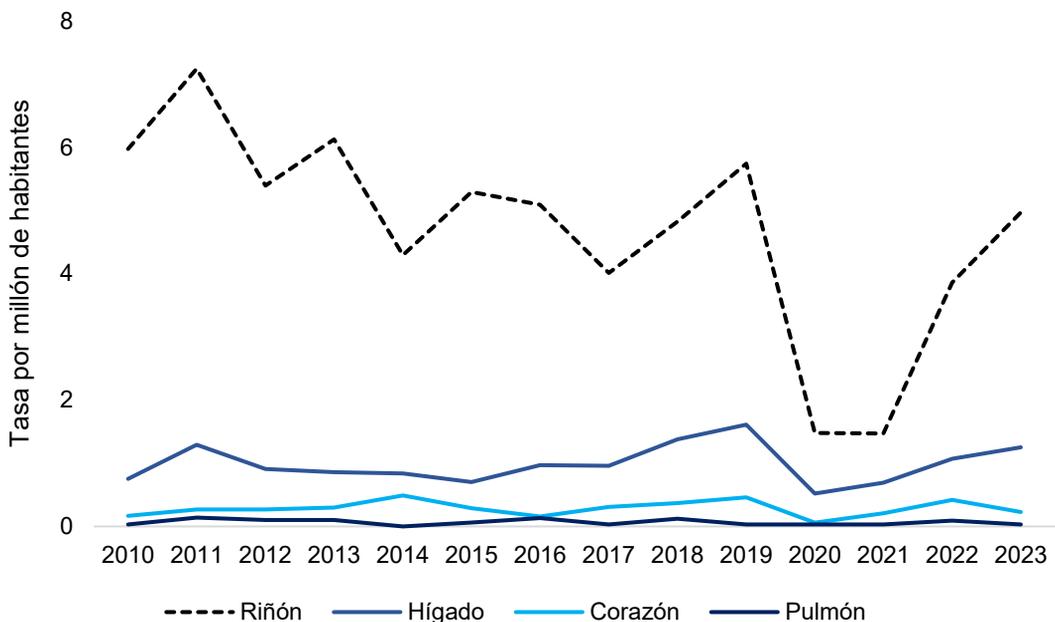


Figura 18. Perú: tasa de donación de órganos y donantes fallecidos, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes). Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos del Global Observatory on Donation and Transplantation (2024).

En el análisis de los trasplantes por órgano en el Perú, se evidencian fluctuaciones en las tasas de donación en el periodo 2010-2023, aunque todas presentan abruptas caídas en 2020, como se ilustra en la Figura 19. A lo largo de este periodo, la tasa de donación de riñones ha disminuido un 17 %, mientras que las donaciones de hígado y corazón han

crecido un 67 % y un 35 %, respectivamente, y las cifras del pulmón han permanecido estables. Para 2023, el riñón se destaca como el órgano más donado, con una tasa de 4,97 por millón de habitantes, seguido por el hígado con 1,25. En contraste, las donaciones de corazón y pulmón son mucho más bajas, registrando 0,23 y 0,03, respectivamente.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Riñón	5,97	7,24	5,39	6,12	4,29	5,29	5,09	4,01	4,82	5,74	1,48	1,47	3,86	4,97
Hígado	0,75	1,29	0,91	0,86	0,84	0,70	0,97	0,96	1,38	1,61	0,52	0,69	1,07	1,25
Corazón	0,17	0,27	0,27	0,30	0,49	0,29	0,16	0,31	0,37	0,46	0,06	0,21	0,42	0,23
Pulmón	0,03	0,14	0,10	0,10	0,00	0,06	0,13	0,03	0,12	0,03	0,03	0,03	0,09	0,03

Figura 19. Perú: donación según órgano, en el periodo 2010-2023 (tasa por millón de habitantes).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos del Global Observatory on Donation and Transplantation (2024).

La Organización Mundial de la Salud ha formulado la "Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030", cuyo propósito fundamental es fomentar la equidad en el acceso a los trasplantes. Esta iniciativa se fundamenta en los principios rectores de la OMS sobre trasplantes y en la donación voluntaria, con el fin de atender la creciente necesidad de estos procedimientos terapéuticos, preservar vidas y elevar la calidad de salud tanto a nivel individual como comunitario. El plan se estructura en torno a cuatro ejes estratégicos: el primero busca robustecer la gobernanza y el liderazgo de las autoridades sanitarias en materia de donación, así como su capacidad de supervisión; el segundo se orienta a incrementar la disponibilidad de órganos, tejidos y células mediante donaciones voluntarias no remuneradas; el tercero aspira a optimizar la equidad en el acceso a los trasplantes; y el cuarto se enfoca en perfeccionar la gestión informativa, el monitoreo, la vigilancia, la evaluación y el manejo de riesgos asociados a la donación y el trasplante (PAHO & WHO, 2023).

En el Perú, una de las principales causas de menor donación es la negativa de la familia de la persona fallecida con muerte cerebral, ya que a pesar del que fallecido haya firmado su acta de consentimiento a la donación de órganos en su Documento Nacional de Identidad (DNI) los familiares desconocen esa decisión, además, algunos creen que la intervención de trasplante daña la apariencia física del familiar fallecido (Minsa, 2018). La negativa de los familiares a la donación de órganos es debido al desconocimiento, miedo a la desintegración corporal y la percepción de maltrato en la atención médica (El Peruano, 2022).

Por su parte, según el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2027 Ampliado del Ministerio de Salud, con el objetivo de garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en Redes integradas de Salud, centradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se espera que, en 2025 la tasa de donación de órganos y la tasa de trasplante de órganos por millón de habitantes se incremente a 2,5 y 8,6, respectivamente (Minsa, 2024).

Referencias

- El Peruano. (23 de mayo de 2022). EsSalud advierte que solo hay dos donantes por cada millón de habitantes en el Perú. <https://elperuano.pe/noticia/156890-essalud-advierte-que-solo-hay-dos-donantes-por-cada-millon-de-habitantes-en-el-peru>
- GODT. (2024). Global Observatory on Donation and Transplantation. <https://www.transplant-observatory.org/data-charts-and-tables/chart/>
- Minsa. (22 de mayo de 2018). Perú tiene una de las tasas más bajas de donantes de órganos y tejidos. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/12641-peru-tiene-una-de-las-tasas-mas-bajas-de-donantes-de-organos-y-tejidos>
- Minsa. (6 de marzo de 2024). Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2027 Ampliado del Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5306537-172-2024-minsa>
- PAHO & WHO. (14 de julio de 2023). Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030: Informe de progreso. <https://www.paho.org/es/documentos/cd60inf10-b-estrategia-plan-accion-sobre-donacion-acceso-equitativo-al-trasplante>
- WHO. (12 de abril de 2022). Trasplante de órganos y tejidos humanos. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_41-sp.pdf

6. Mayor inseguridad alimentaria

Para 2030, se estima que el número de personas subalimentadas a nivel mundial alcanzaría a 581,7 millones. Cabe mencionar que, a nivel mundial la proporción de personas que estuvieron subalimentadas se ha incrementado del 7,3 % (equivalente a 538,7 millones de personas) al 9,1 % (733,4 millones de personas) entre los años 2014 y 2023. Asimismo, en América Latina y el Caribe el porcentaje de población subalimentada se incrementó del 5,2 % en 2015 a 6,2 % en 2023. En el Perú, la prevalencia de la subalimentación ha presentado una tendencia creciente, elevándose de un 5,7 % (equivalente a 1,7 millones de personas) en el periodo 2012-2014 a un 7,0 % (2,4 millones de personas) en el periodo 2021-2023. Además, en el Perú, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave se incrementó pasando del 37,2 % (11,4 millones de personas) al 51,7 % (17,6 millones de personas).

La inseguridad alimentaria se define como la incapacidad de acceder de manera regular y suficiente a alimentos nutritivos y seguros, lo que pone en riesgo la salud y el bienestar de la población. A nivel global, esta problemática ha experimentado un incremento notable, especialmente en regiones como África, donde la subalimentación ha alcanzado niveles muy altos. En América Latina y el Caribe, si bien la situación es menos crítica, también se observa un aumento en la inseguridad alimentaria. En el contexto peruano, la prevalencia de la subalimentación ha aumentado, reflejando una tendencia que afecta a millones de personas. Las causas de esta crisis son multifactoriales, incluyendo la pobreza, la informalidad laboral y la insuficiencia de ingresos, que limitan el acceso a dietas saludables. Para abordar este desafío, es imperativo implementar políticas que promuevan la creación de empleo formal, fortalezcan el apoyo a los agricultores locales y mejoren la educación nutricional. Asimismo, es crucial establecer redes de protección social que garanticen el acceso a alimentos, priorizando a los grupos más vulnerables. Solo mediante un enfoque integral se podrá mitigar la inseguridad alimentaria y fomentar una vida saludable para toda la población.

La inseguridad alimentaria severa se manifiesta cuando un individuo ha agotado por completo sus recursos alimentarios, llegando al punto de experimentar al menos un día sin ingesta de alimentos. Esta situación se traduce, en términos prácticos, en la vivencia de un estado de hambre prolongado. En este contexto, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), para monitorear el hambre a nivel mundial tiene como indicador “la prevalencia de la subalimentación”, que mide la suficiencia de la ingesta de energía alimentaria de la población (FAO, 2024).

Las estadísticas de la FAO revelan una tendencia ascendente en la subalimentación global entre 2014 y 2023, como se ilustra en la Figura 20. La proporción de población afectada se incrementó del 7,3 % al 9,1 % durante este periodo. Es notable que, tras mantenerse en torno al 7,4 % entre 2014 y 2019, se produjo un salto al 8,5 % en 2020, manteniéndose elevado desde entonces en comparación con los niveles de la década anterior. En términos absolutos, el número de personas subalimentadas se incrementó de 538,7 millones de personas a 733,4 millones de personas, es decir un incremento del 36,1 % en el periodo mencionado.

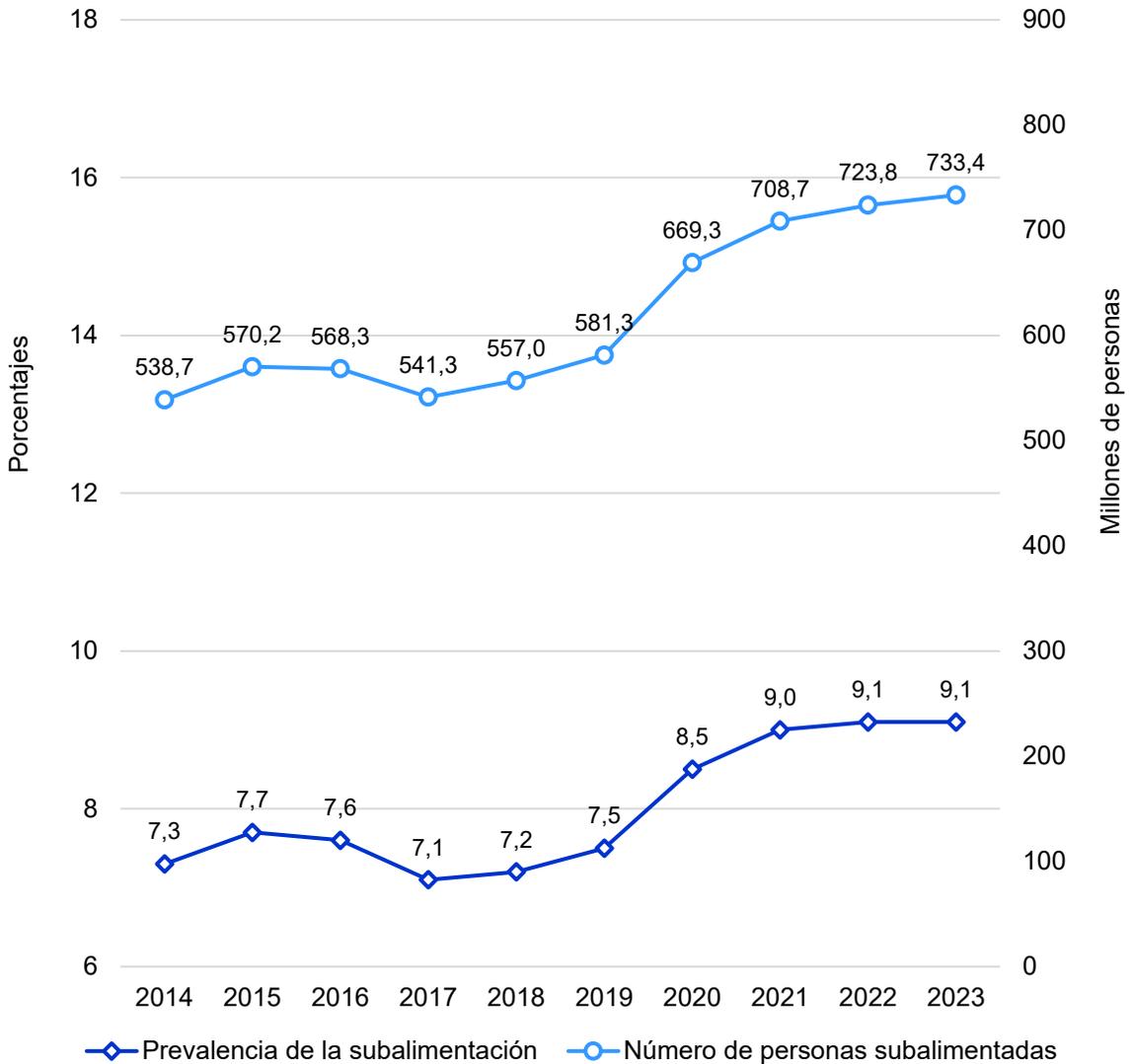


Figura 20. Mundo: prevalencia de la subalimentación (porcentajes, eje izquierdo) y número de personas subalimentadas (millones de personas, eje derecho), en el periodo 2014-2023.
 Nota. Elaboración Ceplan a partir de la FAO (2024).

A nivel regional, como se presenta en la Figura 21, África se posiciona como la región con mayor proporción de población subalimentada, con una tendencia creciente sostenida desde 2015 hasta 2023. Esta tasa ha subido del 16 % al 20,4 %, lo que equivale a un preocupante aumento de 4,4 puntos. En contraste, Asia, que se sitúa por debajo del promedio mundial en cuanto a subalimentación, experimentó un

ligero incremento, de 7,5 % a 8,1 %, con una variación de 0,6 puntos. América Latina y el Caribe también mostró un aumento moderado, pasando de 5,2 % a 6,2 %. Finalmente, Oceanía se mantuvo relativamente estable, con un cambio de 0,4 puntos, aumentando de 6,9 % en 2015 a 7,3 % en 2023.

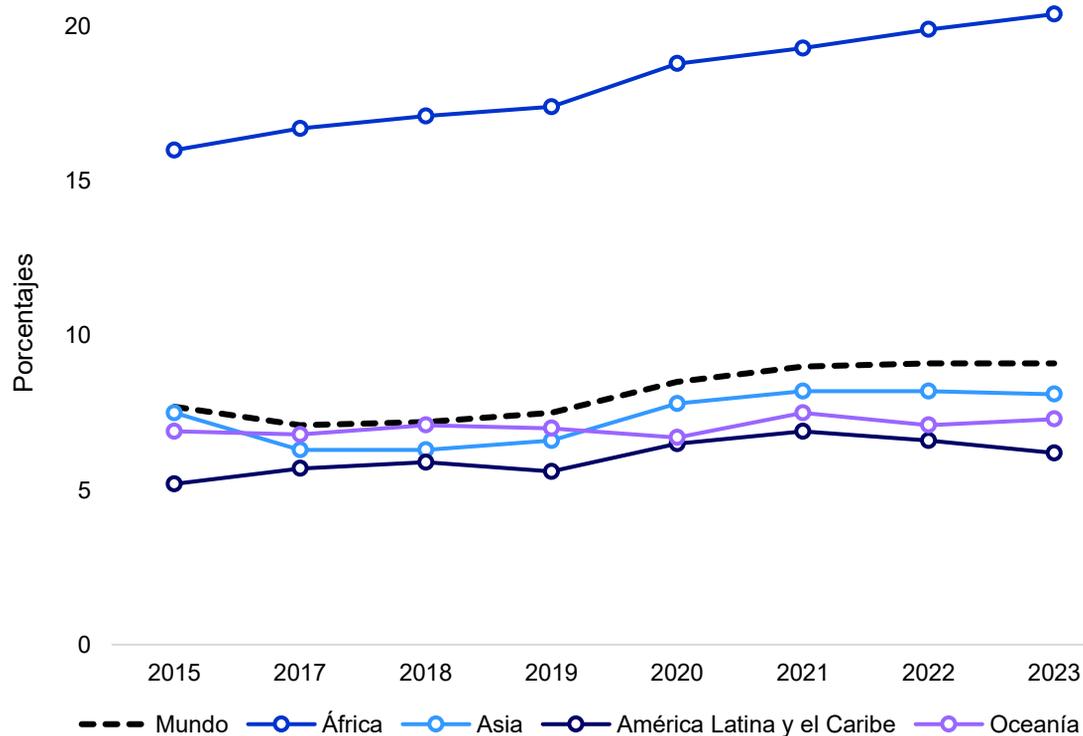


Figura 21. Mundo: prevalencia de la subalimentación, según regiones, en el periodo 2015-2023 (porcentajes).
Nota. Elaboración Ceplan a partir de la FAO (2024).

De acuerdo con las estimaciones de la FAO, el número de personas subalimentadas a nivel mundial alcanzaría a 581,7 millones para el año 2030. Esta proyección contempla una reducción de población subalimentada, en comparación con el registro del año 2023, de 733,4 millones de personas, como se presenta en la Figura 22. Como cabría esperar, esta estimación se encuentra por encima de lo estimado antes de la pandemia por la COVID-19. Antes de la pandemia se estimaba que el número de personas subalimentadas serían 451,8 millones de personas, es decir, casi 130 millones de personas menos.

Este descenso en la subalimentación se debe principalmente por la reducción del número de personas subalimentadas en Asia, descendiendo de 384,5 millones de personas en 2023 a 229,1 millones de personas en 2030. Esta proyección posiciona a la región como la segunda región con mayor número de personas subalimentadas después de África en el año 2030. Respecto a esta última región, la población subalimentada aumentará de manera constante, elevándose de 298,4 millones de personas en 2023 a 308,1 millones de personas en 2030. Por su parte, América Latina y el Caribe mostrará un descenso, desde los 41 millones de personas en 2023 a 33,7 millones de personas en 2030.

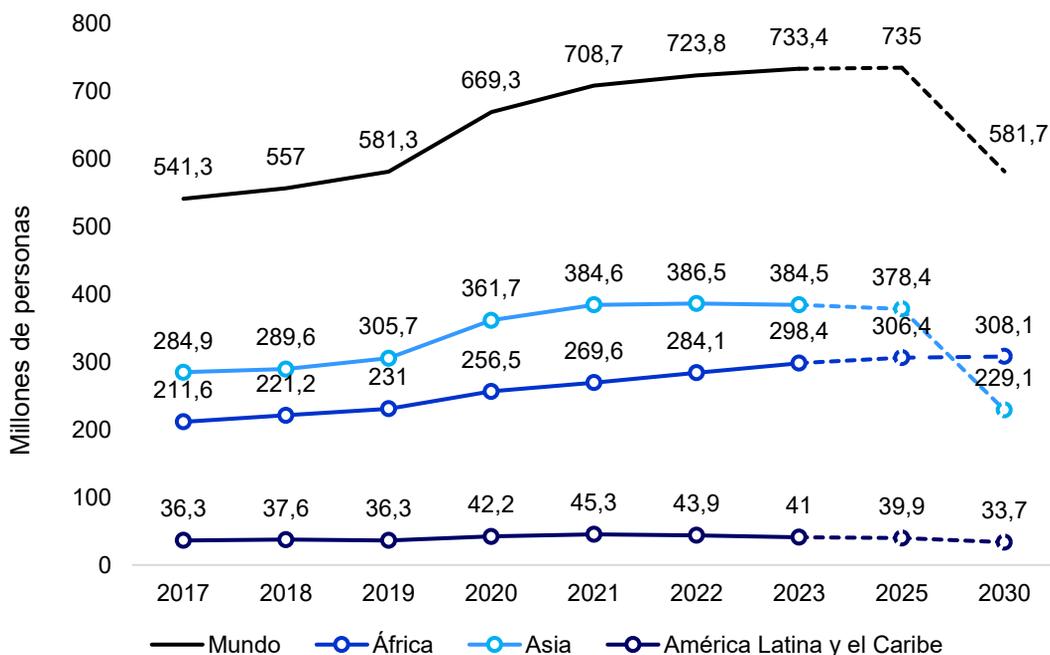


Figura 22. Mundo: prevalencia de la subalimentación, según regiones, en el periodo 2017-2030 (millones de personas).
Nota. Elaboración Ceplan a partir de la FAO (2024).

A nivel nacional, la prevalencia de la subalimentación ha presentado un incremento de 1,3 puntos porcentuales, elevándose de un 5,7 % en el periodo 2012-2014 a un 7,0 % en el periodo 2021-2023, como se presenta en la Figura 23. Además, esta tendencia se refleja

en cifras absolutas, mostrando un incremento del 41,2 % en el número de personas subalimentadas, que aumentó de 1,7 millones a 2,4 millones de personas durante el período mencionado.

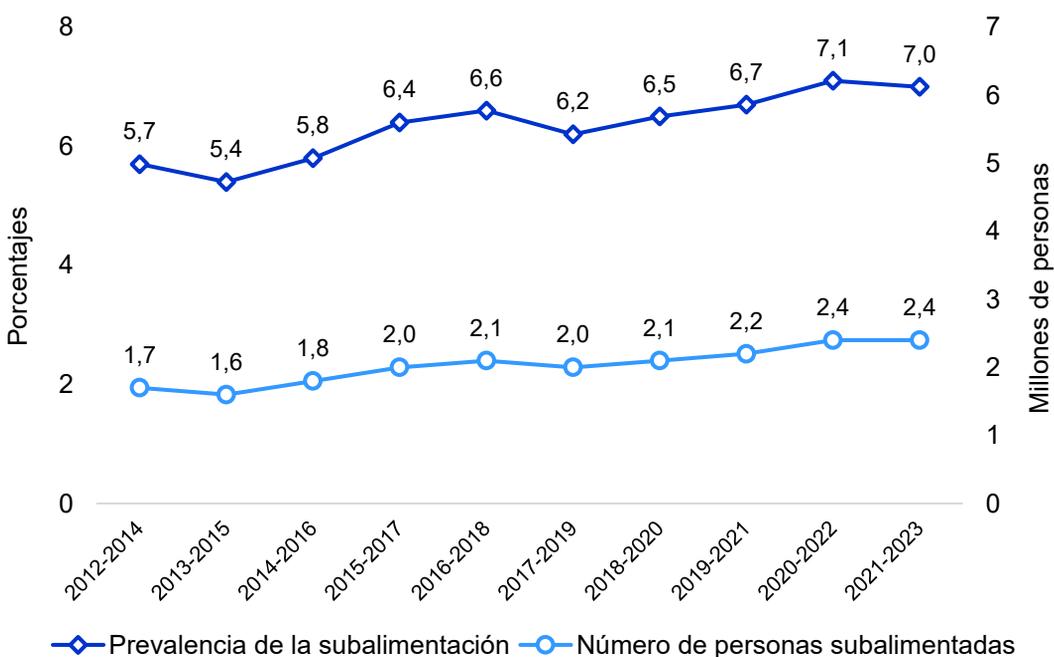


Figura 23. Perú: prevalencia de la subalimentación (porcentajes, eje izquierdo) y número de personas subalimentadas (millones de personas, eje derecho), en el periodo 2014-2023.
Nota. Elaboración Ceplan a partir de la FAO (2024).

La inseguridad alimentaria se da cuando las personas no tienen acceso regular o suficiente a alimentos inocuos y nutritivos para llevar una vida activa y saludable; siendo una de las principales razones, la falta de alimentos o la falta de recursos para la obtención de estos. El concepto abarca niveles de severidad de inseguridad alimentaria, una persona con inseguridad alimentaria grave, es aquella que no posee alimentos o estuvo un día sin comer más de una vez al año; y la inseguridad alimentaria moderada, es aquella con acceso a los alimentos de manera incierta (FAO, 2024).

En el Perú, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave ha mostrado una

tendencia sostenida al alza, como se ilustra en la Figura 24. En el periodo inicial de 2014-2016, el 37,2 % de la población peruana enfrentaba esta problemática. Sin embargo, para el periodo 2021-2023, esta cifra aumentó a 51,7 %, lo que refleja un incremento de 14,5 puntos porcentuales en aproximadamente una década. Los resultados de 2023, colocaron al Perú como el país con mayor inseguridad alimentaria dentro de los países de América del Sur (Comex Perú, 2024; Infobae, 2024). En términos absolutos, el número de personas afectadas por la inseguridad alimentaria en el Perú pasó de 11,4 millones en 2016 a 17,6 millones en 2023, lo que representa un incremento de 6,2 millones de personas.

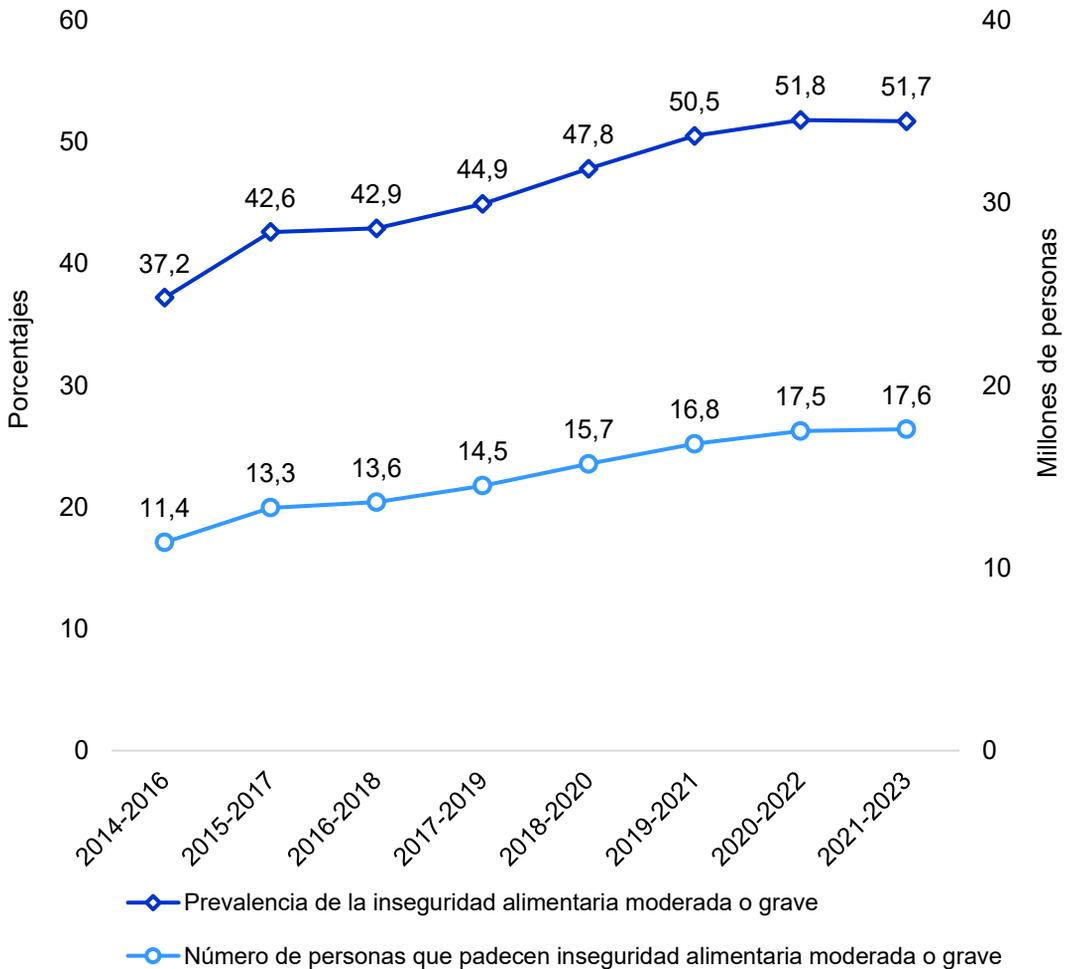


Figura 24. Perú: prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave (porcentajes, eje izquierdo) y número de personas que padecen inseguridad alimentaria moderada o grave (millones de personas, eje derecho), en el periodo 2014-2023.

Nota. Elaboración Ceplan a partir de la FAO (2024).

El informe “Perú: Evaluación de la Seguridad Alimentaria ante Emergencias (ESAE) 2023” del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) y Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (WFP) proporciona recomendaciones cruciales para abordar la inseguridad alimentaria a nivel nacional. Entre ellas, se enfatiza la necesidad de adoptar un enfoque multidimensional y basado en evidencia, destacando la importancia de realizar mediciones detalladas de seguridad alimentaria a nivel local para establecer políticas territoriales específicas. El Estado debe mejorar el acceso a alimentos mediante transferencias monetarias y alimentarias, complementadas con educación nutricional (Midis & WFP, 2024).

Adicionalmente, se recomienda desarrollar políticas que aborden el cambio climático y protejan la agricultura familiar, fomentando la producción de alimentos sostenibles. Se

propone diseñar intervenciones sociales adaptadas al cambio climático y a la reducción de riesgos de desastres, con el objetivo de proteger activos productivos y fortalecer los sistemas alimentarios locales. El informe también destaca la importancia de mejorar el sistema de protección social y la focalización de grupos vulnerables (Midis & WFP, 2024).

Como estrategia complementaria, se sugiere la creación de un sistema de recuperación de alimentos y la optimización de la gestión del desperdicio a lo largo de toda la cadena de producción y comercialización (Midis & WFP, 2024). Esta medida cobra especial relevancia considerando que el desperdicio de alimentos alcanza en promedio alrededor del 40 % de la producción global, lo que representa una oportunidad significativa para mejorar la eficiencia del sistema alimentario y reducir la inseguridad alimentaria (EIT Food, 2023).

Referencias

- Comex Perú. (16 de agosto de 2024). 1 de cada 5 peruanos padece de inseguridad alimentaria grave. <https://www.comexperu.org.pe/articulo/1-de-cada-5-peruanos-padece-de-inseguridad-alimentaria-grave>
- EIT Food. (3 de julio de 2023). 4 ways to tackle food insecurity. <https://www.eitfood.eu/blog/4-ways-to-tackle-food-insecurity>
- FAO. (2024). Hambre e inseguridad alimentaria. <https://www.fao.org/hunger/es/>
- FAO. (25 de julio de 2024). Suite of Food Security Indicators. Recuperado 1 de octubre de 2024, de <https://www.fao.org/faostat/en/#data/FS>
- Infobae. (6 de agosto de 2024). Perú es el país con mayor inseguridad alimentaria en América del Sur, afectando al 51.7% de la población, según FAO. <https://www.infobae.com/peru/2024/08/06/peru-es-el-pais-con-mayor-inseguridad-alimentaria-en-america-del-sur-afectando-al-517-de-la-poblacion-segun-fao/>
- Midis & WFP. (2024). Perú: evaluación de la seguridad alimentaria ante emergencias (ESAE), 2023. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) y Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (WFP). <https://evidencia.midis.gob.pe/esae-seguridad-alimentaria-2023-ife/>

7. Estancamiento de la inmunización infantil

A nivel mundial, hasta el año 2022, la inmunización infantil por el sarampión (83,5 %), la difteria, la tos ferina y el tétano (DPT) (84,6 %), y la hepatitis presentaron una tendencia creciente con respecto al año 2002 (72,3 %, 72,9 % y 37,8 %, correspondientemente). Sin embargo, cabe mencionar que las tasas de vacunación infantil al año 2022 se encuentran por debajo de lo registrado antes de la pandemia por la COVID-19. En contraste, en el Perú, hasta el año 2023, las niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas completas (62,1 %) presentaron una tendencia creciente con respecto al año 2014 (25,8 %). Hacia 2030, se espera evitar 5,8 millones de muertes infantiles en el mundo con respecto al acumulado de 50 millones del año 2021, y para lograr ese objetivo se deberá incrementar la inmunización infantil.

La inmunización infantil es una intervención de salud que protege a los niñas y niños de enfermedades prevenibles, contribuyendo así al bienestar general de la sociedad. A nivel mundial, se reconoce que la vacunación no solo reduce la morbilidad y mortalidad infantil, sino que también mejora el rendimiento educativo y genera beneficios económicos. En el contexto del Perú, antes de la pandemia de COVID-19, se observó un aumento significativo en las tasas de vacunación, aunque estas se vieron afectadas por la crisis sanitaria, lo que provocó una disminución en la cobertura en 2020. No obstante, desde entonces, ha habido una recuperación notable, superando los niveles previos a la pandemia, tanto en áreas urbanas como rurales. Sin embargo, se ha registrado una caída en la vacunación contra el sarampión, lo que plantea riesgos para la salud infantil. Para fortalecer la inmunización, es fundamental implementar campañas educativas que sensibilicen a la población sobre la importancia de las vacunas, mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y promover la colaboración entre sectores. Solo a través de un esfuerzo integral se podrá garantizar que todos los niños accedan a las vacunas necesarias para un futuro saludable.

En los últimos 50 años, la inmunización ha sido una de las intervenciones de salud más efectivas, salvando aproximadamente 154 millones de vidas y garantizando no solo la supervivencia de los niños, sino su bienestar a lo largo de la vida. Cada vida rescatada a través de la inmunización se traduce en un promedio de 66 años de salud. En particular, la vacuna contra el sarampión ha tenido un impacto notable, responsable del 60 % de las vidas salvadas. Además, estos programas han emergido como esenciales en la atención primaria, ofreciendo cuidados vitales y nutricionales a las comunidades (WHO, 2024).

Hasta antes de la pandemia por la COVID-19, la proporción de niños que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétano y la tos ferina (DPT) alcanzó el 86,8 %, un importante aumento desde el 72,9 % registrado en 2002, como se presenta en la Figura 25. Sin embargo, para 2021 esta cifra cayó al 81,8 % y se recuperó al 84,6 % en 2022. En cuanto a la cobertura de la vacuna contra la hepatitis y el sarampión presentó similar comportamiento a la vacuna contra la DPT. Entre los años 2022 y 2022, la vacuna contra la hepatitis y el sarampión aumentaron, alcanzando el 84,3 % y el 83,5 %, respectivamente, en el año 2022. A raíz de la sobrecarga en los sistemas de salud, los confinamientos y el miedo al COVID-19, muchos países reportaron una disminución en las tasas de vacunación infantil sistemática durante 2020 y 2021 (World Bank, 2023).

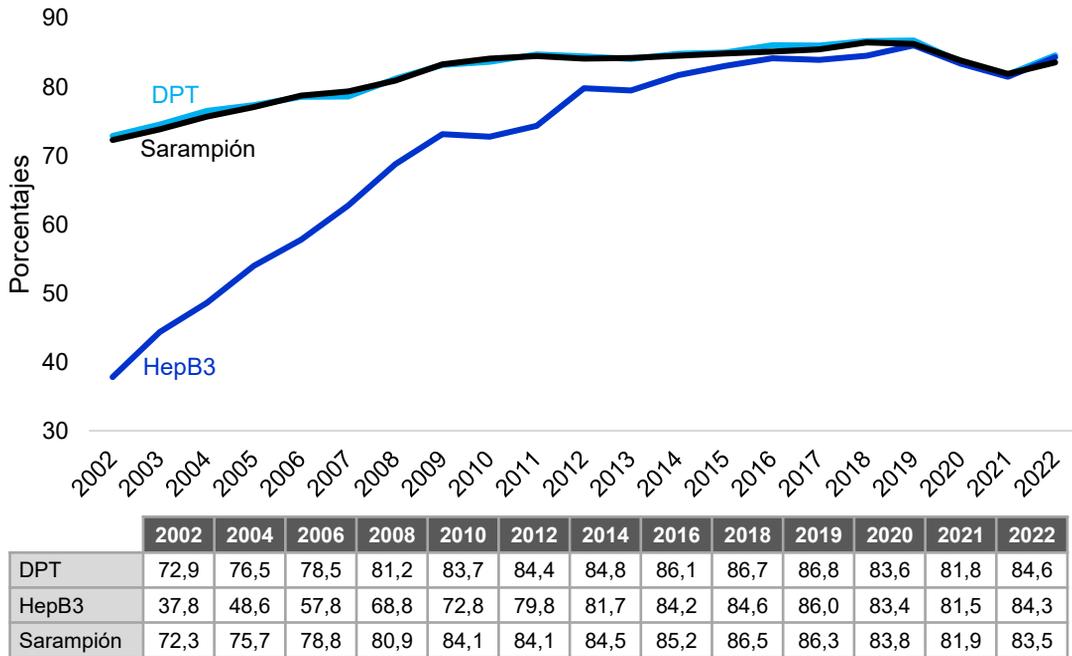


Figura 25. Mundo: tasas de vacunación infantil, según tipo de vacuna, en el periodo 2002-2022 (porcentajes).
Nota. Elaboración Ceplan a partir de datos del Banco Mundial (2024).

Según estadísticas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), en el Perú la cobertura de vacunación infantil para niñas y niños menores de 36 meses de edad ha mostrado un notable incremento entre 2014 y 2023, aumentando del 25,8 % al 62,1 %, tal y como se ilustra en la Figura 26. La pandemia de la COVID-19 provocó una caída en esta cobertura nacional, que se redujo a 46,3 %; sin

embargo, ha ido en aumento desde entonces, superando el nivel de antes de la pandemia, que era del 60,7 % en el año 2019. Este aumento es visible tanto en las zonas urbanas como en las rurales. En 2023, el porcentaje de la zona urbana (62 %) y rural (62,5 %) presentaron un incremento con respecto al año 2014 (25,8 % y 25,9 %, respectivamente).

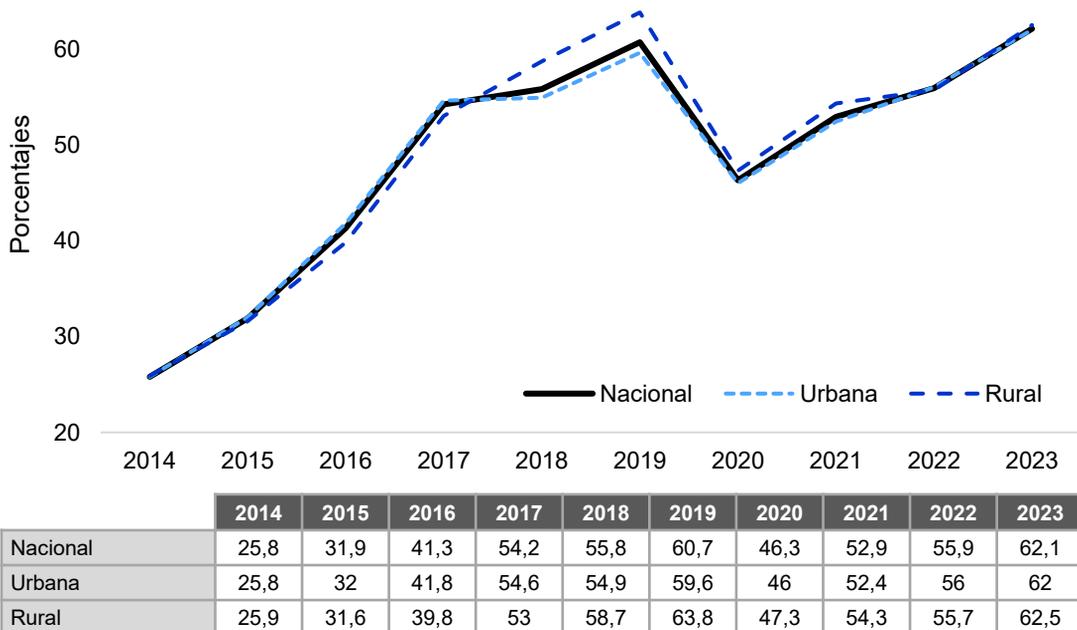


Figura 26. Perú: niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).
Nota. Según Esquema de Vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP. La información fue obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre. Elaboración Ceplan a partir de datos del informe "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023" del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2024; INEI, 2024).

Según tipo de vacunas, entre 2018 y 2023 se observan modestos incrementos en la cobertura contra la tuberculosis, el polio, y la difteria, tos ferina y tétano; a excepción de la vacuna contra el sarampión, según la Figura 27. En específico, la vacunación contra la tuberculosis se mantuvo casi constante, con un leve descenso del 95,4 % al 95,3 %. Las vacunas DPT y polio experimentaron

incrementos, pasando del 81,6 % al 83,6 % y del 84,8 % al 85,7 %, respectivamente, lo que indica un esfuerzo efectivo en la inmunización. Sin embargo, la cobertura antisarampionosa mostró una disminución del 86,6 % al 85,2 % lo cual es preocupante, ya que el sarampión representa un riesgo significativo para la salud infantil.

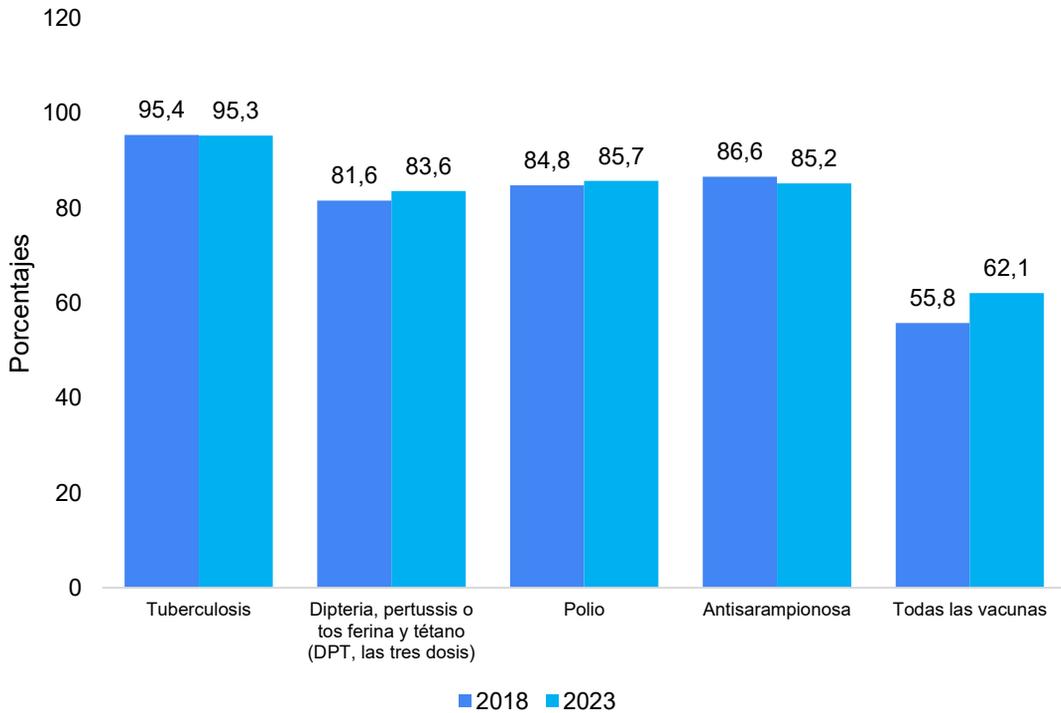


Figura 27. Perú: niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas, según tipo de vacuna, en 2018 y 2023 (porcentajes).

Nota. Según Esquema de Vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP. La información fue obtenida del carnet de vacunación y de la información proporcionada por la madre. Elaboración Ceplan a partir de datos del informe "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023" del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024).

A nivel departamental, se presenta en la Tabla 4 la evolución de niñas y niños menores de 36 meses con vacunación completa. Aunque cada departamento presenta tendencias específicas, todas reflejan un aumento en el periodo de 2014 a 2023. Durante este tiempo, los departamentos que mostraron un mayor aumento de inmunización fueron: La Libertad

(52,1 puntos porcentuales), Tacna (47,3 puntos porcentuales) y Áncash (46,1 puntos porcentuales). Por el contrario, aquellos que presentaron un menores crecimiento de inmunización en dicho periodo fueron: Pasco (19,0 puntos porcentuales), Puno (24,7 puntos porcentuales) y Amazonas (25,6 puntos porcentuales).

Tabla 4. Perú: niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas completas según departamentos, en el periodo 2014-2023 (porcentajes).

Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación	Tendencia
Nacional	25,8	31,9	41,3	54,2	55,8	60,7	46,3	52,9	55,9	62,1	↑ 36,3	
Amazonas	28,6	36,9	41,8	59,5	57,2	65,2	48,0	55,8	51,5	54,2	↑ 25,6	
Áncash	31,7	40,9	52,5	66,3	70,8	68,2	52,4	62,1	67,4	77,8	↑ 46,1	
Apurímac	30,3	41,8	51,9	62,5	64,5	67,4	52,5	61,8	67,6	76,0	↑ 45,7	
Arequipa	20,1	34,1	44,7	55,5	57,3	62,9	52,2	50,1	51,2	65,5	↑ 45,4	
Ayacucho	31,2	35,7	41,4	54,7	57,2	63,5	47,4	55,2	60,3	64,5	↑ 33,3	
Cajamarca	29,8	34,0	35,8	57,2	61,4	69,3	45,0	61,4	56,1	58,3	↑ 28,5	
Callao	21,7	29,2	35,3	49,2	49,4	51,8	44,2	52,5	55,8	66,2	↑ 44,5	
Cusco	30,6	33,3	41,2	57,6	63,5	71,3	51,8	60,1	65,6	67,1	↑ 36,5	
Huancavelica	30,0	36,0	44,0	55,5	58,8	63,0	47,9	54,5	54,8	63,5	↑ 33,5	
Huánuco	36,2	41,4	58,3	72,5	70,0	71,3	51,2	66,3	63,0	67,1	↑ 30,9	
Ica	27,7	30,5	42,2	54,6	58,0	63,4	42,8	56,2	55,0	60,7	↑ 33,0	
Junín	23,3	32,5	48,9	63,0	58,4	64,9	47,7	61,4	62,7	67,8	↑ 44,5	
La Libertad	15,5	27,9	34,6	48,5	53,9	62,8	54,8	53,3	65,0	67,6	↑ 52,1	
Lambayeque	25,7	26,8	37,1	51,6	56,0	58,9	43,1	50,3	49,6	60,4	↑ 34,7	
Lima Metropolitana 1/	23,9	32,3	40,5	52,5	47,5	53,1	42,4	47,5	53,4	56,0	↑ 32,1	
Departamento de Lima 2/	35,2	43,3	49,8	64,4	58,7	72,3	50,4	56,2	63,0	74,9	↑ 39,7	
Loreto	22,8	28,5	39,0	42,8	55,4	51,9	36,7	38,7	43,3	49,7	↑ 26,9	
Madre de Dios	20,9	31,3	36,3	46,4	50,4	52,0	39,3	41,7	42,4	53,3	↑ 32,4	
Moquegua	23,6	32,8	40,9	56,0	60,7	66,3	49,8	52,7	58,3	61,8	↑ 38,2	
Pasco	37,9	30,7	42,9	54,1	53,4	63,9	45,7	57,4	49,0	56,9	↑ 19,0	
Piura	30,3	28,9	42,8	57,7	65,2	67,8	52,4	61,7	60,9	70,7	↑ 40,4	
Puno	21,4	20,3	30,7	43,4	44,2	48,3	37,6	40,8	33,2	46,1	↑ 24,7	
San Martín	23,3	30,9	44,7	53,8	63,7	63,8	48,0	51,1	54,9	63,3	↑ 40,0	
Tacna	22,6	31,5	35,5	58,2	61,4	63,8	49,9	57,5	63,2	69,9	↑ 47,3	
Tumbes	30,8	35,5	45,2	57,0	66,0	72,8	56,8	62,1	63,9	71,1	↑ 40,3	
Ucayali	20,5	21,2	31,9	42,0	51,1	57,6	40,7	42,6	49,5	55,9	↑ 35,4	

Nota. Elaboración Ceplan a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2022; INEI, 2024).

Para aumentar la inmunización infantil, es necesario eliminar las barreras prácticas a la vacunación y construir sistemas de inmunización resilientes, garantizando que los

social en lugar de confrontar directamente las actitudes escépticas, lo que podría ser contraproducente. Asimismo, es crucial abordar la brecha en la investigación,

Finalmente, de acuerdo a la Agenda de Inmunización 2030, a nivel mundial se tiene como objetivo evitar 5,8 millones de muertes en 2030 (WHO, 2022), con un acumulado de 50 millones de muertes futuras durante 2021 y 2030. En 2023, se evitaron 4,2 millones de muertes, un leve progreso desde los 4,0 millones de muertes en 2021. En la misma línea, se espera lograr una reducción del 50 % en el número de infantes que reciben dosis cero, es decir, niñas y niños que no han recibido ninguna dosis de la vacuna DTP, entre 2019 y 2030. Sin embargo, en 2023, el número de estos niños aumentaron a 14,5 millones en comparación con los 12,8 millones en 2019 (Immunization Agenda, 2024).

Referencias

- Immunization Agenda. (2024). Immunization Agenda (IA2030) Scorecard. Overview Dashboard. Impact Goal Indicators - Global. Retrieved 9 de octubre de 2024, from <https://scorecard.immunizationagenda2030.org/ig1.1>
- INEI. (julio de 2022). Sistema de información regional para la toma de decisiones. Retrieved 4 de octubre de 2024, from <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta>
- INEI. (23 de mayo de 2024). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
- INEI. (2024). Perú: Sistema de Monitoreo y Seguimiento de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Salud y bienestar. <https://ods.inei.gob.pe/ods/objetivos-de-desarrollo-sostenible/salud-y-bienestar>
- Wellcome Trust. (30 de noviembre de 2020). Effective ways to increase vaccination: What the evidence tells us. <https://wellcome.org/reports/effective-ways-increase-vaccination-rates-what-evidence-tells-us>
- WHO. (18 de mayo de 2022). Immunization agenda 2030 global report 2021. http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/IA2030_Global_Report_2021_Final_18_May_2022.pdf
- WHO. (24 de abril de 2024). Global immunization efforts have saved at least 154 million lives over the past 50 years. <https://www.who.int/news/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years>
- World Bank. (2023). Atlas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023. <https://datatopics.worldbank.org/sdgateatlas/goal-3-good-health-and-well-being?lang=en>
- World Bank. (2024). Immunization. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?view=chart>

8. Mayor demanda de profesionales en medicina

Para 2030, se necesitaría 80,2 millones de personas dedicadas como personal sanitario, con respecto al 48,3 millones en 2013. Cabe mencionar que, a nivel mundial en 2022 la densidad de médicos (17,2 por 10 000 habitantes) y el personal de enfermería y obstetricia (37,7 por 10 000 habitantes se ha incrementado en comparación al registro promedio del periodo 2005-2012 (13,9 y 29, correspondientemente). En la región de América, la densidad de médicos se incrementó pasando de una tasa de 20,4 al 28; mientras que el personal de enfermería y obstetricia disminuyó, pasando de 71,5 al 67,1, en el mismo periodo. En el Perú, se ha observado un incremento en el número de personal en el sector de la salud, en el que se incluye médicos, enfermeros, obstetras, pasando de una densidad del 27,4 en 2013 al 44,3 por cada 10 000 habitantes en 2023.

La creciente demanda de profesionales en medicina refleja la necesidad crítica de personal sanitario capacitado para abordar las necesidades de salud de la población mundial. A nivel global, si bien se ha observado un aumento en la densidad de médicos, este crecimiento es desigual entre las diversas regiones, lo que genera importantes disparidades en el acceso a atención de salud. En América y Europa se concentran las mayores tasas de médicos, mientras que regiones como África y el Sudeste Asiático enfrentan desafíos en la disponibilidad de personal. En el contexto peruano, aunque ha habido un incremento notable en la cantidad de profesionales de la salud en la última década, la densidad aún está por debajo de los estándares internacionales, lo que limita la calidad de atención disponible. Para abordar esta situación, es fundamental implementar políticas que incentiven la formación de más profesionales de la salud, así como mejorar las condiciones laborales y fomentar la especialización. Además, es crucial crear un entorno que incentive a los nuevos profesionales a trabajar en áreas rurales y desatendidas, asegurando así una atención equitativa y de calidad para toda la población..

El personal de salud es esencial para el funcionamiento de los sistemas de salud, ya que su disponibilidad, accesibilidad y calidad determinan la cobertura de servicios y el ejercicio del derecho a la salud. Sin embargo, tener un número adecuado de trabajadores no es suficiente; es igualmente importante que estén distribuidos de manera equitativa, cuenten con las competencias requeridas, y estén motivados y empoderados para ofrecer atención de calidad (WHO, 2020). En la actualidad, este sector afronta diversos desafíos, entre los que se destacan salarios insuficientes, falta de inversión en formación y una distribución inadecuada de las habilidades profesionales (WHO, 2023).

A nivel global, durante el periodo 2005-2022, la densidad de médicos se ha incrementado, pasando de 13,9 médicos por cada mil habitantes a 17,2, como se presenta en la Figura 28. Sin embargo, este crecimiento no ha sido uniforme, ya que la distribución de médicos por cada 10 000 habitantes ha persistido desigual entre las regiones del mundo. Entre las regiones con mayor densidad de médicos en el año 2022 fueron Europa (37,6 por cada 10 000 habitantes), Pacífico Occidental (23,2) y América (28), con tasas superiores al promedio mundial de 17,2. Precisamente las regiones con las mayores tasas han experimentado los mayores incrementos a lo largo del periodo 2005-2022. Por el contrario, las regiones que se encuentran por debajo de esta media son el Mediterráneo (11,6), Sudeste Asiático (7,7) y África (2,6).

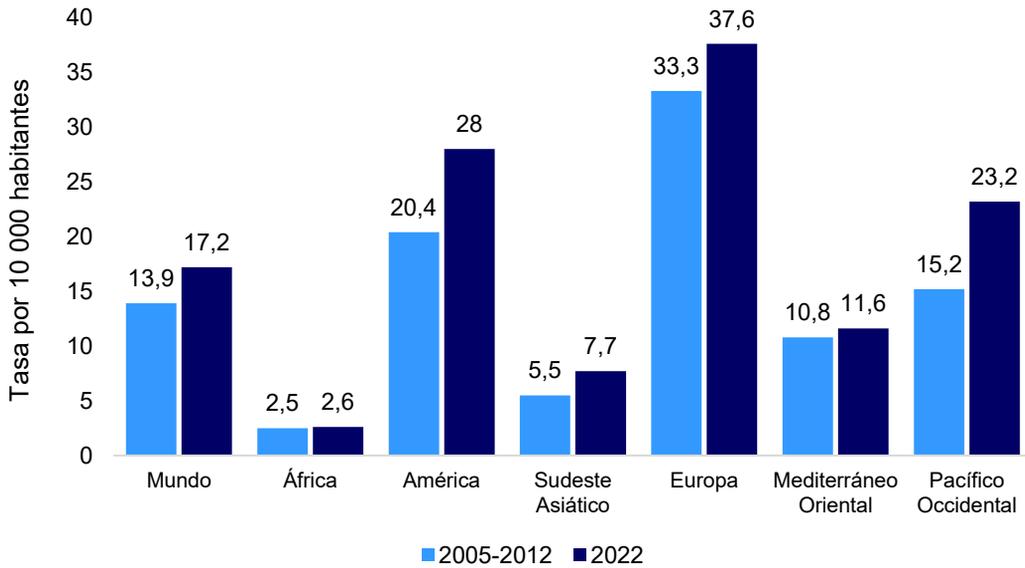


Figura 28. Mundo: densidad de médicos, según regiones, entre 2005-2012 y 2022 (tasa por 10 000 habitantes).
Nota. Elaboración Ceplan a partir de la Organización Mundial de la Salud (2013; 2024).

En lo que respecta al personal de enfermería y obstetricia, al igual que el personal médico, ha presentado un incremento entre 2005 y 2022, pasando de 29,0 a 37,7 por cada 10 000 habitantes, según la Figura 29. En 2022, las variaciones regiones siguen siendo notables. En un extremo, Europa (82,6 por cada 10 000 habitantes), América (67,1) y el Pacífico Occidental (43,4) presentaron las mayores

tasas. De otro lado, el Sudeste Asiático (20,6), el Mediterráneo Oriental (16,6) y África (11,3) experimentaron las menores tasas en el mismo año. Es importante resaltar que, a pesar de tener las cifras más altas, tanto América como Europa son las únicas regiones que han registrado descensos entre 2005 y 2012, con reducciones del 6,2 % y 1,9 %, respectivamente.

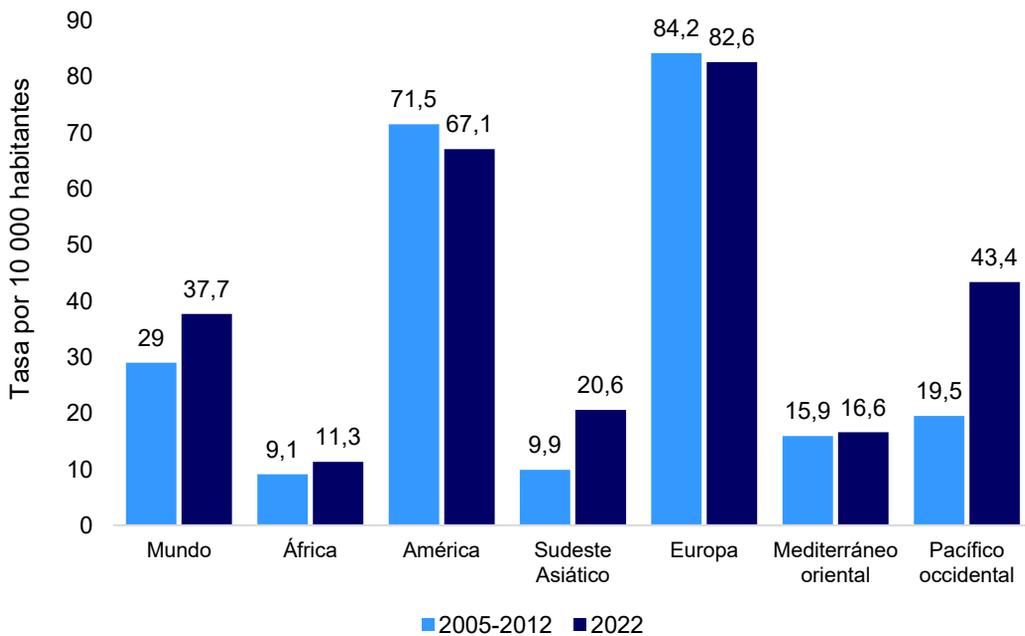


Figura 29. Mundo: densidad de enfermeras y obstetras, según regiones, entre 2005-2012 y 2022 (tasa por 10 000 habitantes).
Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (2013; 2024).

En la Figura 30 se presenta la demanda creciente del personal sanitario, lo que indica que a nivel mundial en 2030 se necesitaría 80,2 millones de personal sanitario, con respecto al 48,3 millones en 2013. A nivel regional se estima que la región Pacífico occidental será la de mayor demanda de

personal en 2030, con un total 25,9 millones de personal, en comparación con los 15,1 millones de personas en 2013. En cuanto a la región de América, la demanda de personal se incrementaría de 8,8 millones en 2013 a 15,3 millones en 2030.

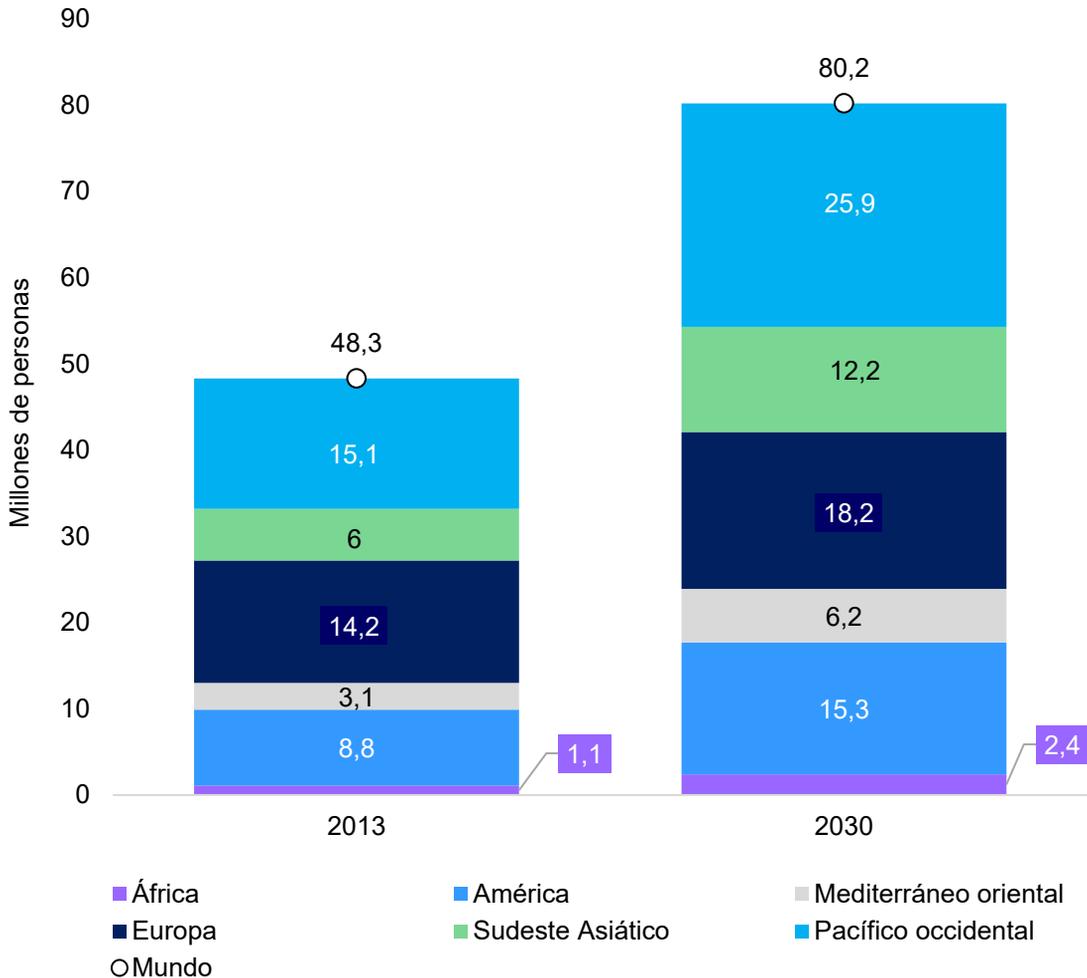


Figura 30. Mundo: estimación de la demanda del personal sanitario, en 2013 y 2030 (millones de personas).
 Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (2020).

En el Perú, con datos del Ministerio de la Salud, se ha observado un incremento en el número de personal en el sector de la salud, en el que se incluye médicos, enfermeros, obstetras, en los últimos diez años. En el periodo 2013-2023, la densidad de los recursos humanos en el sector salud creció un 61,6 %, pasando de 27,4 al 44,3 por cada 10 000 habitantes, como se ilustra en la Figura 31. En 2023, la composición del personal de salud

se distribuyó en una tasa de 21,0 enfermeros, 16,9 médicos y 6,4 obstetras por cada 10 000 habitantes. En el periodo mencionado, el personal de enfermería destacó con el mayor incremento porcentual, aportando 9,2 puntos al aumento total de 16,9. En menor medida, los médicos registraron un incremento de 5,4 puntos, mientras que los obstetras experimentaron un aumento de 2,3 puntos.

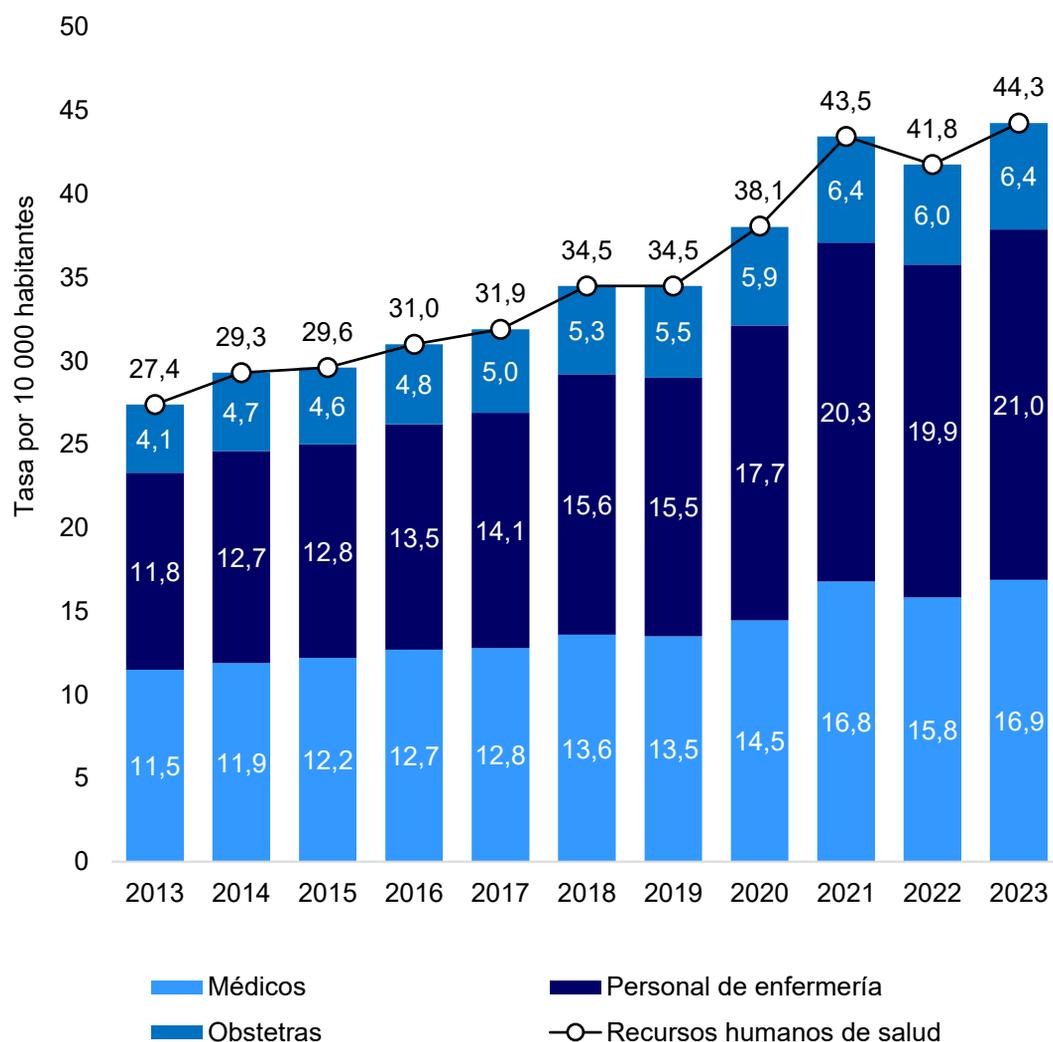


Figura 31. Perú: densidad de recursos humanos en el sector salud, en el periodo 2013-2023 (por cada 10 000 habitantes).
Nota. Elaboración Ceplan a partir de base de datos del Ministerio de la Salud (2022; 2023; 2024).

A nivel subnacional, en el periodo 2013-2023, todos los departamentos tuvieron tendencias crecientes en relación al personal de salud, como se presenta en la Tabla 5. Los departamentos con los mayores incrementos incluyeron Huancavelica (140,5 %), San Martín (35,61 %), Puno (120,6 %), Huánuco (111,7 %) y Junín (109,4 %). En contraste, aquellos que experimentaron un rezago en el incremento de personal médico fueron Arequipa (40,4 %), Lima (39,6 %), Ica (35,0 %), Tacna (29,4 %) y

Madre de Dios (15,6 %). Estas evoluciones en el tiempo han permitido que ciertos departamentos mejoren su capacidad sanitaria. Así, en 2023, los departamentos con mayor densidad de recursos humanos en salud fueron Moquegua (71,8 por cada 10 000 habitantes), Apurímac (70,3) y Huancavelica (68,1); mientras que aquellos con menor cantidad fueron Ucayali (33,4), Loreto (29,9) y Piura (27,5).

Tabla 5. Perú: densidad de recursos humanos en el sector salud, según departamentos, en el periodo 2013-2023 (por cada 10 000 habitantes).

Departamento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación	Tendencia
Nacional	25,8	31,9	41,3	54,2	55,8	60,7	46,3	52,9	55,9	62,1	↑ 36,3	
Amazonas	28,6	36,9	41,8	59,5	57,2	65,2	48,0	55,8	51,5	54,2	↑ 25,6	
Áncash	31,7	40,9	52,5	66,3	70,8	68,2	52,4	62,1	67,4	77,8	↑ 46,1	
Apurímac	30,3	41,8	51,9	62,5	64,5	67,4	52,5	61,8	67,6	76,0	↑ 45,7	
Arequipa	20,1	34,1	44,7	55,5	57,3	62,9	52,2	50,1	51,2	65,5	↑ 45,4	
Ayacucho	31,2	35,7	41,4	54,7	57,2	63,5	47,4	55,2	60,3	64,5	↑ 33,3	
Cajamarca	29,8	34,0	35,8	57,2	61,4	69,3	45,0	61,4	56,1	58,3	↑ 28,5	
Callao	21,7	29,2	35,3	49,2	49,4	51,8	44,2	52,5	55,8	66,2	↑ 44,5	
Cusco	30,6	33,3	41,2	57,6	63,5	71,3	51,8	60,1	65,6	67,1	↑ 36,5	
Huancavelica	30,0	36,0	44,0	55,5	58,8	63,0	47,9	54,5	54,8	63,5	↑ 33,5	
Huánuco	36,2	41,4	58,3	72,5	70,0	71,3	51,2	66,3	63,0	67,1	↑ 30,9	
Ica	27,7	30,5	42,2	54,6	58,0	63,4	42,8	56,2	55,0	60,7	↑ 33,0	
Junín	23,3	32,5	48,9	63,0	58,4	64,9	47,7	61,4	62,7	67,8	↑ 44,5	
La Libertad	15,5	27,9	34,6	48,5	53,9	62,8	54,8	53,3	65,0	67,6	↑ 52,1	
Lambayeque	25,7	26,8	37,1	51,6	56,0	58,9	43,1	50,3	49,6	60,4	↑ 34,7	
Lima Metropolitana 1/	23,9	32,3	40,5	52,5	47,5	53,1	42,4	47,5	53,4	56,0	↑ 32,1	
Departamento de Lima 2/	35,2	43,3	49,8	64,4	58,7	72,3	50,4	56,2	63,0	74,9	↑ 39,7	
Loreto	22,8	28,5	39,0	42,8	55,4	51,9	36,7	38,7	43,3	49,7	↑ 26,9	
Madre de Dios	20,9	31,3	36,3	46,4	50,4	52,0	39,3	41,7	42,4	53,3	↑ 32,4	
Moquegua	23,6	32,8	40,9	56,0	60,7	66,3	49,8	52,7	58,3	61,8	↑ 38,2	
Pasco	37,9	30,7	42,9	54,1	53,4	63,9	45,7	57,4	49,0	56,9	↑ 19,0	
Piura	30,3	28,9	42,8	57,7	65,2	67,8	52,4	61,7	60,9	70,7	↑ 40,4	
Puno	21,4	20,3	30,7	43,4	44,2	48,3	37,6	40,8	33,2	46,1	↑ 24,7	
San Martín	23,3	30,9	44,7	53,8	63,7	63,8	48,0	51,1	54,9	63,3	↑ 40,0	
Tacna	22,6	31,5	35,5	58,2	61,4	63,8	49,9	57,5	63,2	69,9	↑ 47,3	
Tumbes	30,8	35,5	45,2	57,0	66,0	72,8	56,8	62,1	63,9	71,1	↑ 40,3	
Ucayali	20,5	21,2	31,9	42,0	51,1	57,6	40,7	42,6	49,5	55,9	↑ 35,4	

Nota. Elaboración Ceplan a partir de base de datos del Ministerio de la Salud (2022; 2023; 2024).

En el Perú si bien existe un incremento del número de médicos en 2023 con una densidad de 16,9 por 10 000 habitantes, esta tasa aún se encuentra por debajo de la recomendación de la Organización Panamericana de Salud (23 médicos por cada 10 000 habitantes). Lo que

ocasiona que no se brinde una atención de calidad y haya escasez del personal de salud. De acuerdo al Minsa, se estima un déficit de 24 000 trabajadores de salud solo en el primer nivel de atención (Infobae, 2024).

No solo es esencial alcanzar un número adecuado de personal sanitario, sino también garantizar que estos profesionales de la salud estén capacitados para proporcionar servicios de calidad. En el Perú, las percepciones del sistema de salud pública reflejan esta problemática: un 14,1 % de la población nota una insuficiencia de médicos, un 12,5 % identifica la inadecuada preparación de los médicos y un 7,5 % indica haber experimentado una atención insatisfactoria (Exitosa Noticias, 2024).

Para abordar la escasez global de personal sanitario, es esencial que se convierta en una prioridad en las agendas de desarrollo nacional. Todos los actores involucrados en la atención de la salud, desde políticas hasta educación médica, deben unirse para aumentar la productividad de la fuerza laboral y crear un sistema centrado en la población. Es crucial establecer marcos de gobernanza que guíen la educación, el empleo y la migración en el ámbito sanitario (Kamineni, 2019).

Además, es necesario reorganizar la fuerza laboral para gestionar enfermedades prevalentes, capacitando a enfermeros y médicos de cabecera en habilidades esenciales para realizar procedimientos básicos y detectar condiciones agudas. Asimismo, la creación de modelos de atención innovadores, con un enfoque en la atención comunitaria y la prevención, ayudará a reducir la dependencia de especialistas y a mejorar los resultados de salud en la comunidad, minimizando visitas innecesarias a hospitales y emergencias (Kamineni, 2019).

Referencias

- Exitosa Noticias. (3 de setiembre de 2024). Sin medicamentos ni médicos: CPI revela el principal problema del sistema de salud pública para los peruanos. <https://www.exitosanoticias.pe/actualidad/sin-medicamentos-ni-medicos-cpi-revela-principal-problema-sistema-salud-publica-peruanos-n134355>
- Infobae. (14 de abril de 2024). Solo hay 4 médicos por cada 10 mil habitantes en Perú: ¿Cuántos son necesarios para atender a toda la población? <https://www.infobae.com/peru/2024/04/14/solo-hay-4-medicos-por-cada-10-mil-habitantes-en-peru-cuantos-son-necesarios-para-atender-a-toda-la-poblacion/>
- Kamineni, S. (5 de julio de 2019). 5 ways to bridge the global health worker shortage. World Economic Forum: <https://www.weforum.org/agenda/2019/07/5-ways-to-bridge-the-global-health-worker-shortage/>
- Minsa. (2022). Información de Recursos Humanos en el sector Salud, Peru 2021. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3281380/Informaci%C3%B3n%20de%20Recursos%20Humanos%20en%20el%20sector%20Salud.pdf?v=1655762418>
- Minsa. (2023). Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2022. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7050.pdf>
- Minsa. (2024). Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2023. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7355.pdf>
- WHO. (16 de mayo de 2013). World health statistics 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564588>
- WHO. (7 de julio de 2020). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
- WHO. (3 de abril de 2023). La OMS convoca el 5.º Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/03-04-2023-who-convenes-the-fifth-global-forum-on-human-resources-for-health>
- WHO. (20 de mayo de 2024). Global Health Workforce statistics database. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

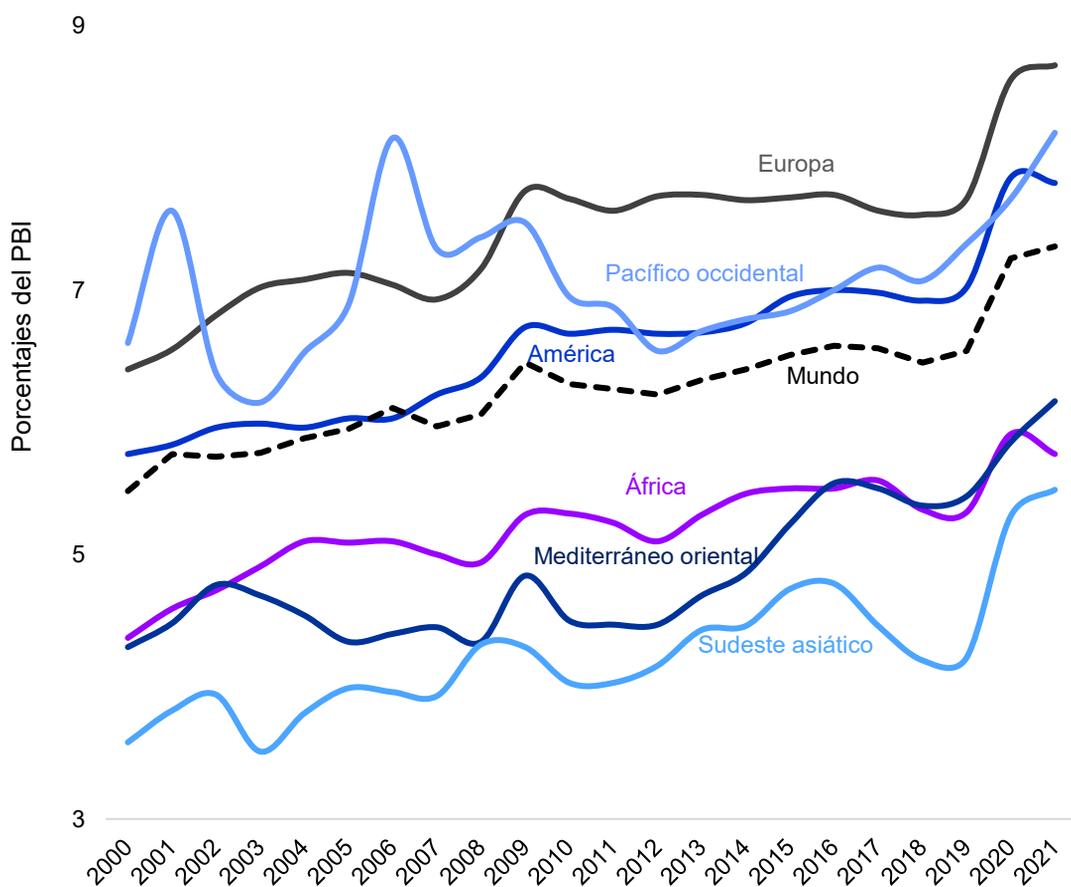
9. Incremento del gasto destinado a la salud

Para 2050, se prevé que el gasto corriente promedio en salud en América Latina casi se triplique en comparación a las cifras del 2018/2019. En el Perú, este aumento sería del 344 %, elevando el gasto de 154 dólares en 2019 a 1588 en 2050. En términos del PBI, el Perú aumentó su gasto corriente en salud del 4,4 % en el año 2000 a un 6,2 % en 2021. En cuanto al gasto de bolsillo per cápita en salud, el Perú ha mostrado un crecimiento del 234 %, alcanzando 112,2 dólares en 2021 en comparación con los 33,6 dólares en 2000. Es importante mencionar que, en 2021 el 12,6 % de la población incurrió en gastos médicos que superaban el 10 % de sus gastos, lo que representa un aumento de 3,4 puntos porcentuales respecto al 9,2 % registrado en 2014. Aún más preocupante es el aumento del porcentaje de personas que gastaron más del 25 % de sus ingresos en salud, que pasó del 1,3 % al 2,0 % en el mismo periodo. A nivel mundial, el gasto corriente en salud medido como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 2000-2021, elevándose del 5,5 % al 7,3 %.

El incremento del gasto destinado a la salud se refiere al aumento en la inversión financiera que los gobiernos y los hogares realizan para mejorar el bienestar sanitario de las familias y personas. A nivel mundial, este gasto ha mostrado una tendencia ascendente; las regiones más avanzadas, como Europa y América, presentan mayores porcentajes de gasto en relación al Producto Bruto Interno, mientras que África y el Sudeste Asiático continúan rezagados. En América del Sur, se observa un crecimiento moderado, con países como Argentina y Brasil liderando en términos de inversión relativa. En el Perú, aunque ha habido un aumento significativo en el gasto en salud, aún se encuentra por debajo de la media regional, lo que limita la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias, como se evidencia durante la pandemia de la COVID-19. Para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud de calidad, es crucial que el país refuerce sus políticas de financiamiento, promueva la inversión en infraestructura y recursos humanos, y establezca mecanismos de protección financiera que minimicen el gasto de bolsillo de la población. Esto contribuirá a alcanzar una cobertura sanitaria universal y mejorar la salud general de la sociedad.

El concepto de gasto en salud abarca la totalidad del consumo final de bienes y servicios vinculados al ámbito sanitario. Este incluye tanto la atención individualizada, que comprende intervenciones médicas y procesos de rehabilitación, como los servicios de carácter público, entre los que se encuentran las acciones preventivas y la gestión administrativa del sistema de salud. La financiación de este gasto proviene de diversas fuentes, incluyendo los recursos gubernamentales, los sistemas de seguro de salud tanto obligatorios como voluntarios, y los desembolsos directos realizados por los hogares (OECD, s.f.).

A nivel mundial, el gasto corriente en salud, medido como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI), ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 2000-2021, como se presenta en la Figura 32. Este porcentaje se elevó del 5,5 % al 7,3 %, marcando un incremento de 1,8 puntos porcentuales. Es preciso mencionar que entre 2019 y 2020 se dio el mayor incremento porcentual en el periodo, con 0,7 puntos porcentuales. Hasta 2021 las regiones de Europa (8,7 %), Pacífico occidental (8,2 %) y América (7,8 %) presentaron un gasto superior al gasto promedio mundial. Mientras que por debajo se encontraron África (5,8 %), el Mediterráneo oriental (6,2 %) y el Sudeste asiático (5,5 %).



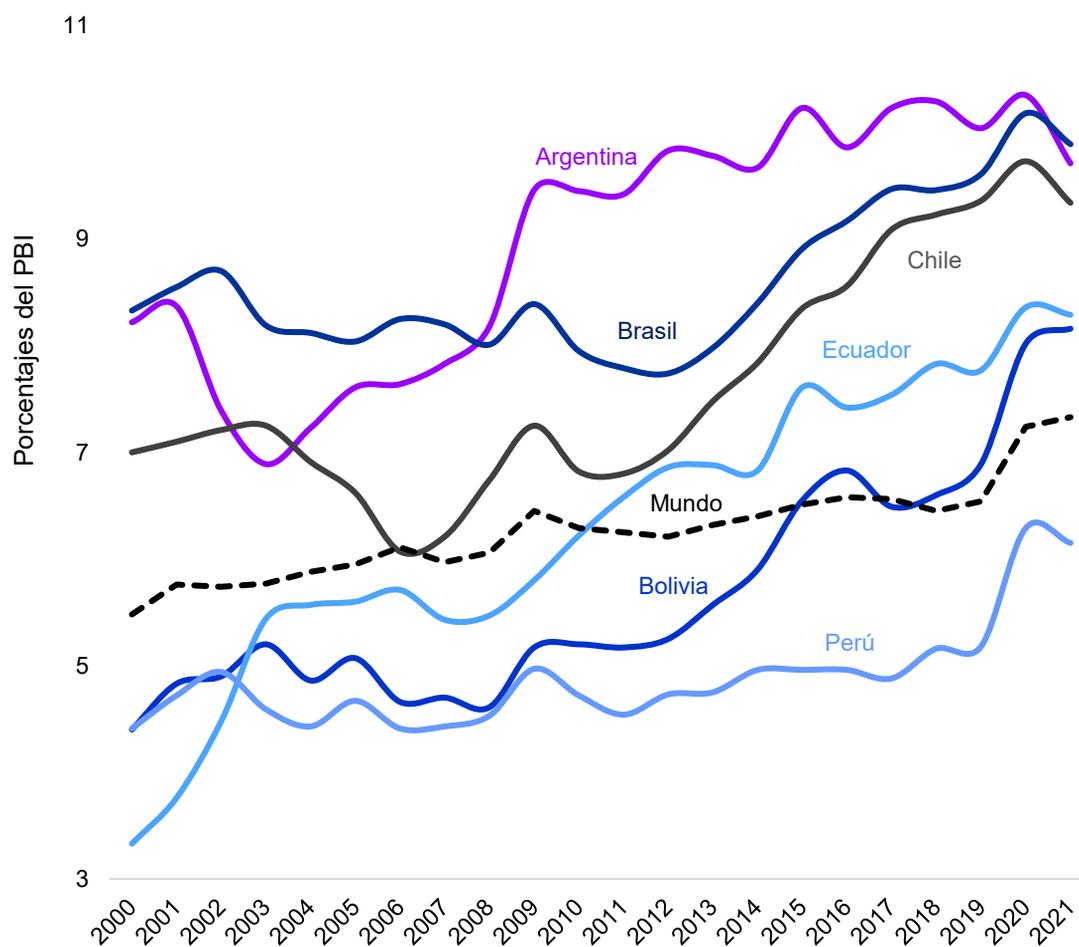
	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021
África	4,4	4,7	5,1	5,1	4,9	5,3	5,1	5,5	5,5	5,3	5,3	5,9	5,8
América	5,8	6,0	6,0	6,0	6,3	6,7	6,7	6,8	7,0	6,9	7,0	7,9	7,8
Mediterráneo Oriental	4,3	4,8	4,5	4,4	4,3	4,5	4,5	4,9	5,5	5,4	5,4	5,9	6,2
Europa	6,4	6,8	7,1	7,0	7,2	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6	7,7	8,6	8,7
Sudeste Asiático	3,6	3,9	3,8	4,0	4,3	4,0	4,2	4,5	4,8	4,2	4,2	5,3	5,5
Pacífico Occidental	6,6	6,4	6,5	8,2	7,4	7,0	6,5	6,8	7,0	7,1	7,4	7,7	8,2
Mundo	5,5	5,7	5,9	6,1	6,1	6,3	6,2	6,4	6,6	6,5	6,5	7,2	7,3

Figura 32. Mundo: gasto corriente en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), según regiones, en el periodo 2000-2021 (porcentajes del PIB).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (2023).

En el mismo periodo de análisis, el gasto corriente en salud en algunos países de América del Sur ha mostrado tendencias relevantes, aunque con variaciones en los niveles de gasto, como se presenta en la Figura 33. En términos generales, se ha observado un crecimiento moderado en este indicador, con Argentina y Brasil liderando con los porcentajes más altos en 2021, que son del 9,7 % y 9,9 %, respectivamente. Seguido de

Chile, con un 9,3 %. Bolivia y Ecuador, por su parte, también muestran progresos notables, incrementando su gasto en salud en 3,8 y 5,0 puntos porcentuales, respectivamente, desde el año 2000, aunque sus porcentajes siguen siendo más bajos, con 8,2 % y 8,3 % en 2021. El Perú aumentó su gasto, pasando de un 4,4 % a un 6,2 %, que lo ubican entre los países con menor gasto en salud como proporción del PIB en comparación con sus pares regionales.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021
Argentina	8,2	7,4	7,2	7,6	8,2	9,5	9,8	9,7	9,9	10,3	10,0	10,4	9,7
Bolivia	4,4	4,9	4,9	4,7	4,6	5,2	5,3	5,9	6,8	6,6	6,9	8,0	8,2
Brasil	8,3	8,7	8,1	8,3	8,0	8,0	7,7	8,4	9,2	9,5	9,6	10,2	9,9
Chile	7,0	7,2	6,9	6,1	6,7	6,8	7,0	7,8	8,6	9,2	9,4	9,7	9,3
Ecuador	3,3	4,5	5,6	5,7	5,5	6,2	6,9	6,8	7,4	7,8	7,8	8,4	8,3
Perú	4,4	4,9	4,4	4,4	4,5	4,7	4,7	5,0	5,0	5,2	5,2	6,3	6,2

Figura 33. América del Sur: gasto corriente en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), según países, en el periodo 2000-2021 (porcentajes del PIB).

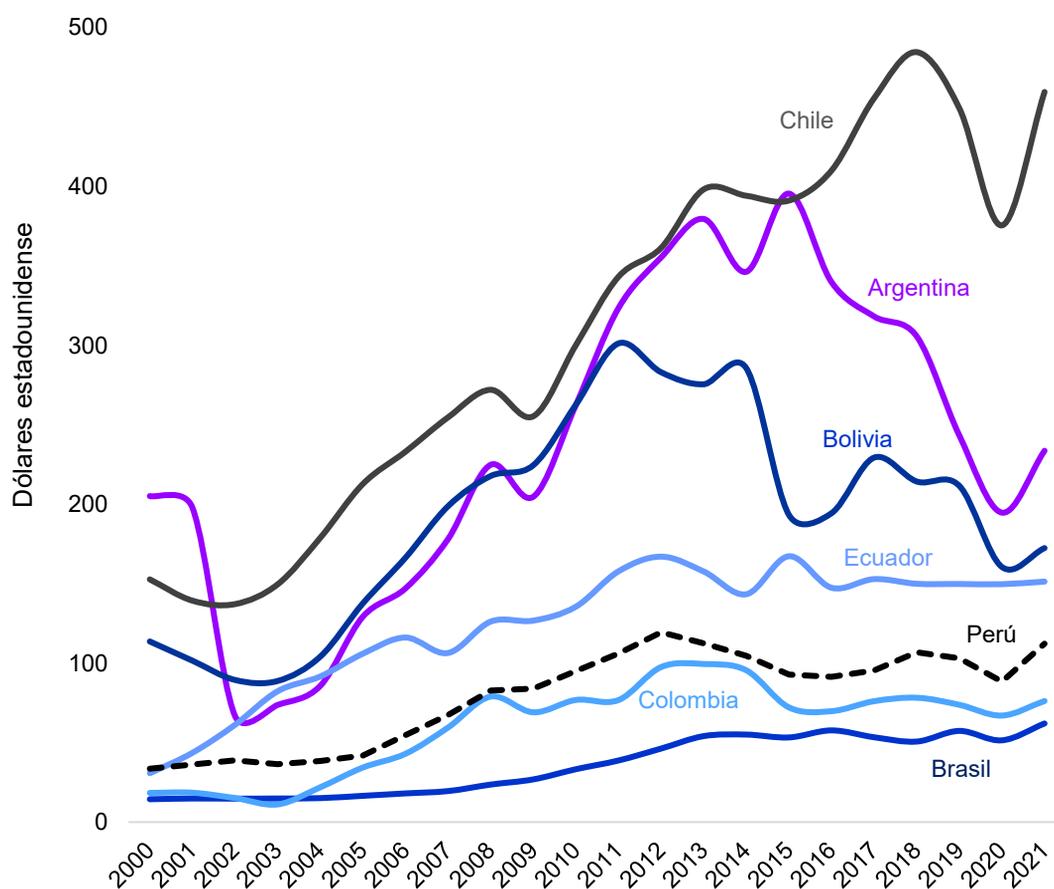
Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (2023).

En el ámbito de los países en desarrollo, el financiamiento de los servicios de salud continúa dependiendo en gran medida de los desembolsos directos de los hogares (Sanoussi y otros, 2023). Los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico revelan que, en promedio, los gastos voluntarios y de bolsillo

representan el 22 % del gasto total en salud entre sus países miembros en el año 2022. Sin embargo, en el caso específico del Perú, esta cifra se eleva al 31 %, lo que se traduce en un gasto de 237 dólares per cápita de un total de 759 dólares destinados a la salud (OECD, 2023).

En términos del gasto de bolsillo per cápita en salud, en 2021, Chile lideró con un gasto de 459,5 dólares, reflejando un aumento significativo del 201 % desde el año 2000. Le sigue Argentina, con 233,7 dólares, aunque su crecimiento es más moderado (14 %) en comparación con otros países. Brasil, con 172,4 dólares, también ha visto un aumento del 52 %, pero está por debajo de los líderes. Ecuador y Colombia han experimentado

incrementos notables, alcanzando 151,3 y 76,2 dólares, respectivamente, lo que representa variaciones del 392 % y 315 % desde el inicio del período. Bolivia, a pesar de partir de un nivel bajo (62,1 dólares en 2021), ha tenido el mayor crecimiento porcentual (331 %). En contraste, el Perú ha mostrado un crecimiento del 234 %, alcanzando 112,2 dólares en 2021, según se presenta en la Figura 34.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021
Argentina	205,2	66,8	85,7	147,0	224,8	262,5	355,3	346,3	339,8	305,6	243,3	194,7	233,7
Bolivia	14,4	14,8	15,1	18,1	23,6	33,3	46,3	55,1	57,7	50,7	57,4	51,5	62,1
Brasil	113,7	89,4	104,1	166,3	217,8	262,6	283,1	285,6	194,4	214,3	211,6	160,5	172,4
Chile	152,7	137,2	178,9	233,1	272,0	300,1	361,3	394,1	410,0	484,5	449,2	375,5	459,5
Colombia	18,4	15,1	21,9	43,0	79,0	76,9	97,6	95,5	69,8	78,3	73,8	67,1	76,2
Ecuador	30,7	61,2	91,6	116,1	126,2	135,5	167,0	143,4	147,5	150,0	149,8	149,7	151,3
Perú	33,6	38,9	38,5	54,8	82,7	94,9	119,4	104,7	91,4	106,9	103,1	88,5	112,2

Figura 34. América del Sur: gasto de bolsillo per cápita en salud, según países, en el período 2000-2021 (dólares estadounidenses).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (2023).

Para 2050, se prevé un aumento significativo en el gasto corriente en salud per cápita en los países de América Latina y el Caribe, impulsado por factores como el crecimiento demográfico, el envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades, el desarrollo económico y los avances tecnológicos. El gasto corriente promedio en salud en la región casi se triplicará entre 2018 y 2050. En la mayoría de los países latinoamericanos, se espera al menos una duplicación del gasto corriente per cápita en ese periodo (Rao y otros, 2022). En particular, las proyecciones indican un notable incremento en países como el Perú (344 %), Chile (222 %), Colombia (187 %), Bolivia (181 %) y Ecuador (160 %), como se ilustra en la Figura 35.

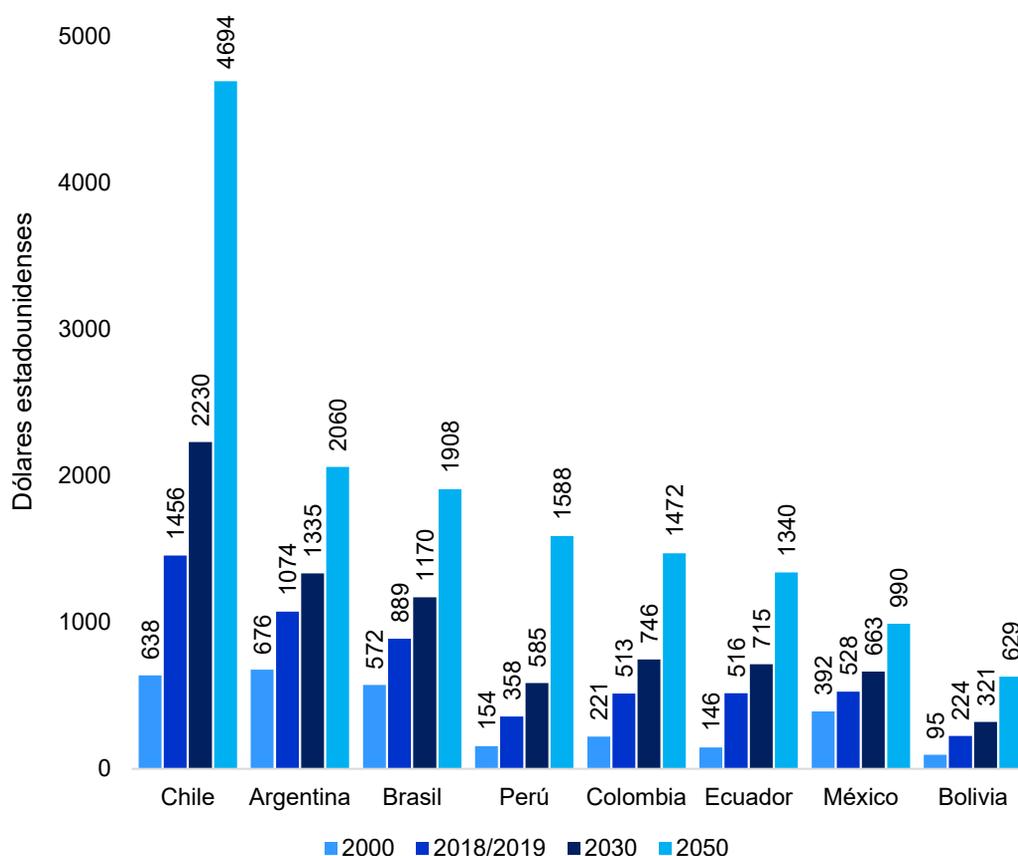


Figura 35. América Latina: gasto corriente en salud per cápita, en el periodo 2000-2050 (dólares estadounidenses).
Nota. Año base 2019 para Brasil y Perú y 2018 para todos los demás países. Adaptado a partir de "Future Health Spending in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis" (Rao y otros, 2022).

En América Latina y el Caribe, se estima que el 1,7 % de la población vive en condiciones de pobreza como resultado de los gastos de bolsillo en salud (OECD & World Bank, 2023). En este contexto, con el objetivo de alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.8, que busca lograr una cobertura sanitaria universal y brindar protección ante riesgos financieros, se monitorea a la población que enfrenta altos gastos en salud en relación a su gasto o

ingreso total. En la Figura 36 revela que, en 2021, el 12,6 % de la población peruana incurrió en gastos médicos que superaban el 10 %, lo que representa un aumento de 3,4 puntos porcentuales respecto al 9,2 % registrado en 2014. Mientras que el porcentaje de personas que gastaron más del 25 % de sus ingresos en salud creció del 1,3 % al 2,0 % en el mismo periodo.

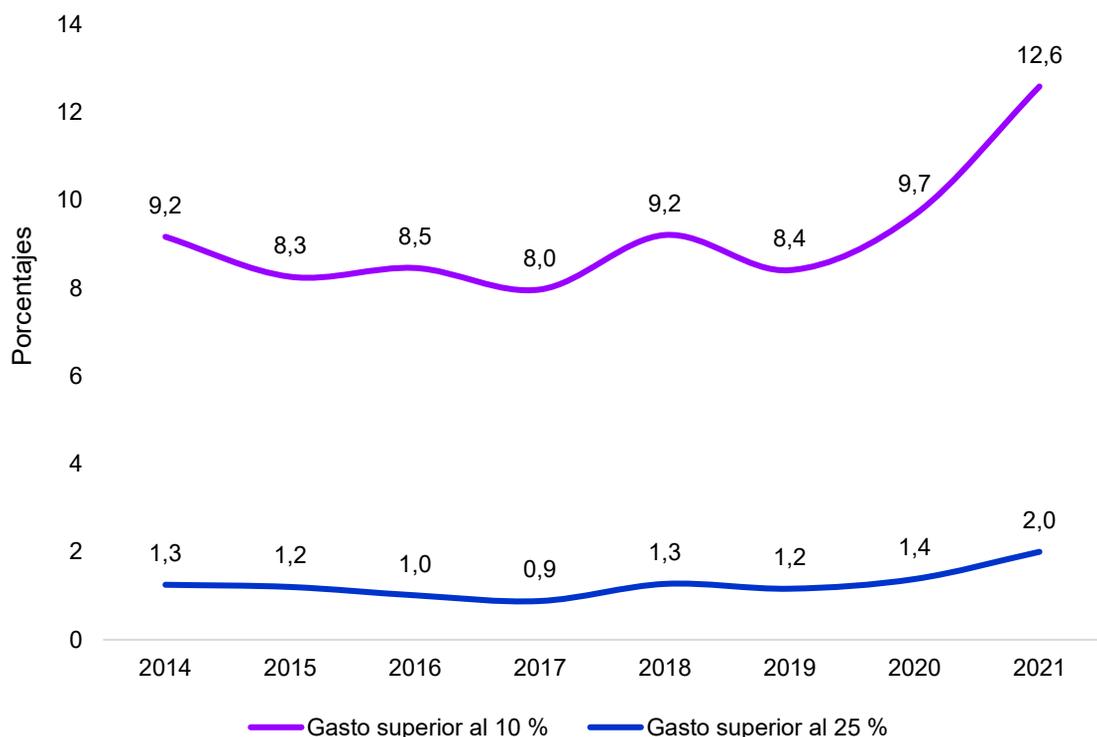


Figura 36. Perú: proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud, superiores al 10 % y 25 %, como porcentaje del gasto o ingreso total del hogar, en el periodo 2014-2021 (porcentajes).

Nota. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de las Naciones Unidas (2024).

Los sistemas de salud en países de ingresos bajos y medios están siendo sometidos a fuertes presiones en cuanto a su capacidad y calidad, debido a cambios demográficos, epidemiológicos tecnológicos. Estos desafíos se ven amplificados por el creciente endeudamiento, los insuficientes ingresos fiscales y los elevados costos de bolsillo que afectan a los ciudadanos. La pandemia de la

COVID-19 ha exacerbado significativamente esta situación (Rao y otros, 2022). En consecuencia, es esencial que los gobiernos implementen políticas que protejan a las familias de incurrir en gastos excesivos, evitando que estos deriven en pobreza, y garantizando una adecuada cobertura sanitaria para todos (OECD & World Bank, 2023).

Referencias

- OECD & World Bank. (18 de abril de 2023). Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>
- OECD. (7 de noviembre de 2023). Health at a Glance 2023. OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD. (s.f.). Health spending. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>

- Rao, K. D., Vecino Ortiz, A. I., Robertson, T., Lopez Hernandez, A., & Noonan, C. (abril de 2022). Future Health Spending in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis. <http://dx.doi.org/10.18235/0004185>
- Sanoussi, Y., Zounmenou, A. Y., & Ametoglo, M. (2023). Catastrophic health expenditure and household impoverishment in Togo. *Journal of public health research*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/22799036231197196>
- United Nations. (28 de setiembre de 2024). Statistics. SDG Indicators Database. <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
- WHO. (5 de diciembre de 2023). The Global Health Observatory. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). Retrieved 4 de octubre de 2024, from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-))
- WHO. (5 de diciembre de 2023). The Global Health Observatory. Out-of pocket expenditure (OOP) per capita in US\$. Retrieved 4 de octubre de 2024, from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-\(oop\)-per-capita-in-us](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-(oop)-per-capita-in-us)

10. Mayor población con trastornos afectivos y de ansiedad

A nivel mundial, la proporción de personas afectadas por enfermedades mentales se ha incrementado, pasando de un 12,7 % en 2011 a un 13,6 % en 2021. Entre las enfermedades mentales más prevalentes, el número estimado de personas que padecen trastornos de ansiedad y trastornos depresivos se ha incrementado en un 33 % y un 32 % entre los años 2011 y 2021. En la misma línea, América Latina y el Caribe tuvo un comportamiento creciente en la proporción de población que padecen de una enfermedad mental, pasando de 14,4 % al 15,8 % en el mismo periodo. En cuanto al Perú, la tasa de población con problemas de salud mental atendidos ha presentado un incremento de 8,1 puntos porcentuales en el periodo 2018-2023, elevándose del 15,5 % al 23,6 %. Hacia 2030, a nivel mundial se tiene como visión que se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos.

El aumento de la población con trastornos afectivos y de ansiedad se refiere al creciente número de personas que enfrentan desafíos de salud mental, como la depresión y la ansiedad. A nivel global, este problema se ha exacerbado, especialmente tras la pandemia de la COVID-19, que evidenció y amplió las brechas en la atención a la salud mental. En regiones como América del Norte y América Latina han mostrado un aumento significativo en la prevalencia de estos trastornos. En el Perú, la situación es igualmente preocupante, con un notable incremento en los trastornos de ansiedad y depresión, resaltando la necesidad urgente de una atención adecuada y accesible. Sin embargo, la escasa financiación y el estigma en torno a la salud mental limitan el acceso a servicios de tratamiento. Para abordar este desafío, es esencial fortalecer las políticas de salud mental, promover la desestigmatización, y mejorar la infraestructura de atención, centrándose en la creación de centros de salud comunitarios. Esto permitirá no solo ofrecer apoyo a quienes lo necesitan, sino también fomentar una mayor conciencia sobre la importancia de la salud mental en el bienestar general de la sociedad.

Antes de la pandemia se estimaba que una de cada ocho personas en todo el mundo vivía con un trastorno mental, y en el primer semestre de la pandemia se estimó un aumento de los trastornos de ansiedad y depresión en más del 25 %. Al mismo tiempo, que existe una escasa financiación para la salud mental especialmente en países de ingresos bajos y medios; los servicios de salud mental se vieron interrumpidos y la brecha de tratamiento para las condiciones de salud mental se han ampliado (WHO, 2022). Sin duda la pandemia aumentó notablemente los trastornos depresivos y de ansiedad que han repercutido en la salud mental en todo el mundo (The Lancet, 2021).

A principios de la segunda década del siglo XXI, los datos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) indican un incremento en la proporción de personas afectadas por enfermedades mentales, según la Figura 37. A nivel global, esta cifra creció del 12,7 % en 2011 al 13,6 % en 2021. Entre 2011 y 2021, las regiones que mostraron un mayor incremento en la proporción de personas con problemas mentales fueron América del Norte (1,8 puntos porcentuales), América Latina y el Caribe (1,4 puntos porcentuales) y Oriente Medio (1,1 puntos porcentuales). Estas regiones se situaron entre las más afectadas en cuanto a la proporción de población con problemas mentales en 2021.

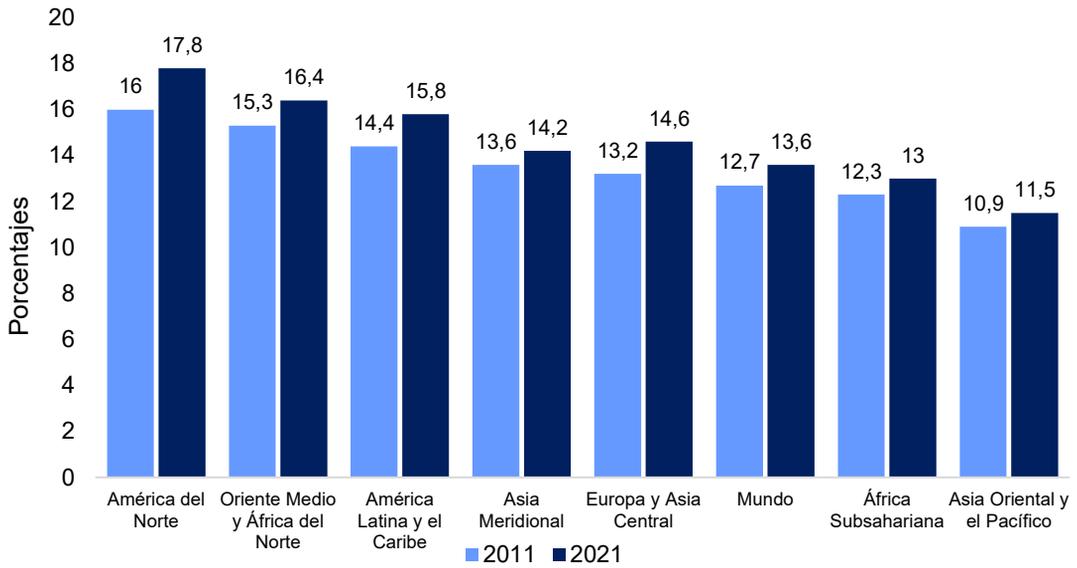
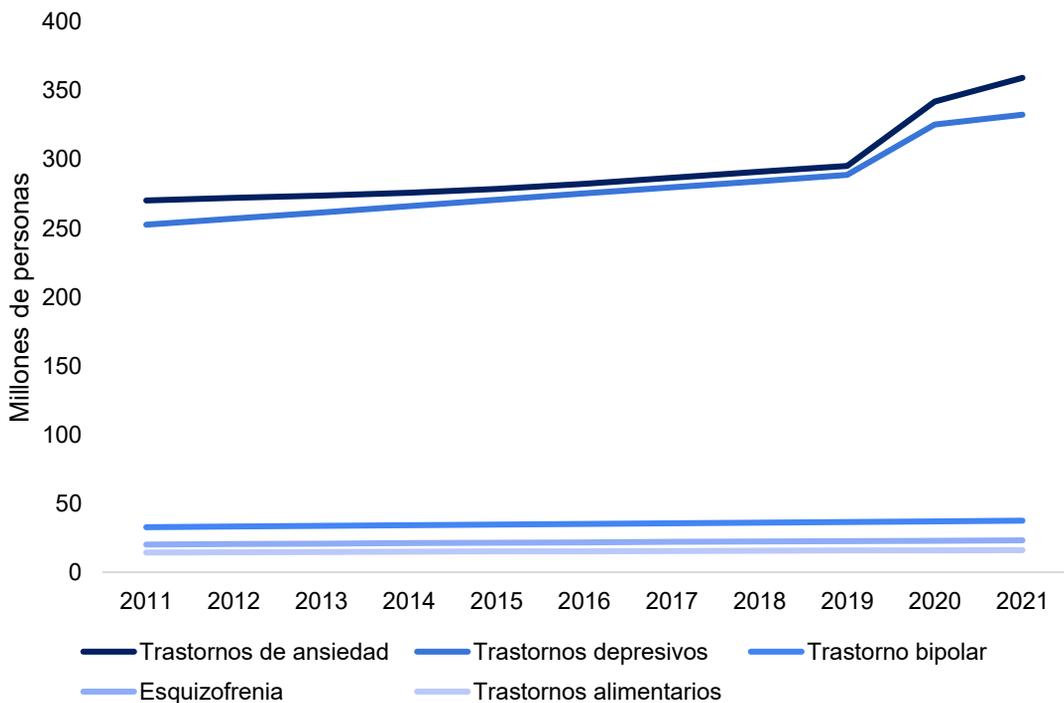


Figura 37. Mundo: proporción de personas que padecían enfermedad mental independientemente de si habían sido diagnosticadas o no, según tipo de enfermedad mental, en 2011 y 2021 (porcentajes).
 Nota. Los datos son basados encuestas representativas, datos médicos y modelos estadísticos. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de IHME, Carga mundial de enfermedades, con un procesamiento importante por parte de Our World in Data (2024).

Desde 2011, el número estimado de personas que padecen trastornos de ansiedad ha aumentado un 33 %, alcanzando los 359,2 millones en todo el mundo en 2021. De manera similar, la prevalencia de los trastornos depresivos ha aumentado en un 32 %, afectando a 332,4 millones de individuos en 2021. En comparación, los trastornos bipolares

y la esquizofrenia han mostrado incrementos más modestos, del 14 % y 15 %, respectivamente. Adicionalmente, los trastornos alimentarios también han mostrado un aumento alarmante del 12 %, pasando de 14,4 millones a 16,1 millones de personas, como se presenta en la Figura 38.



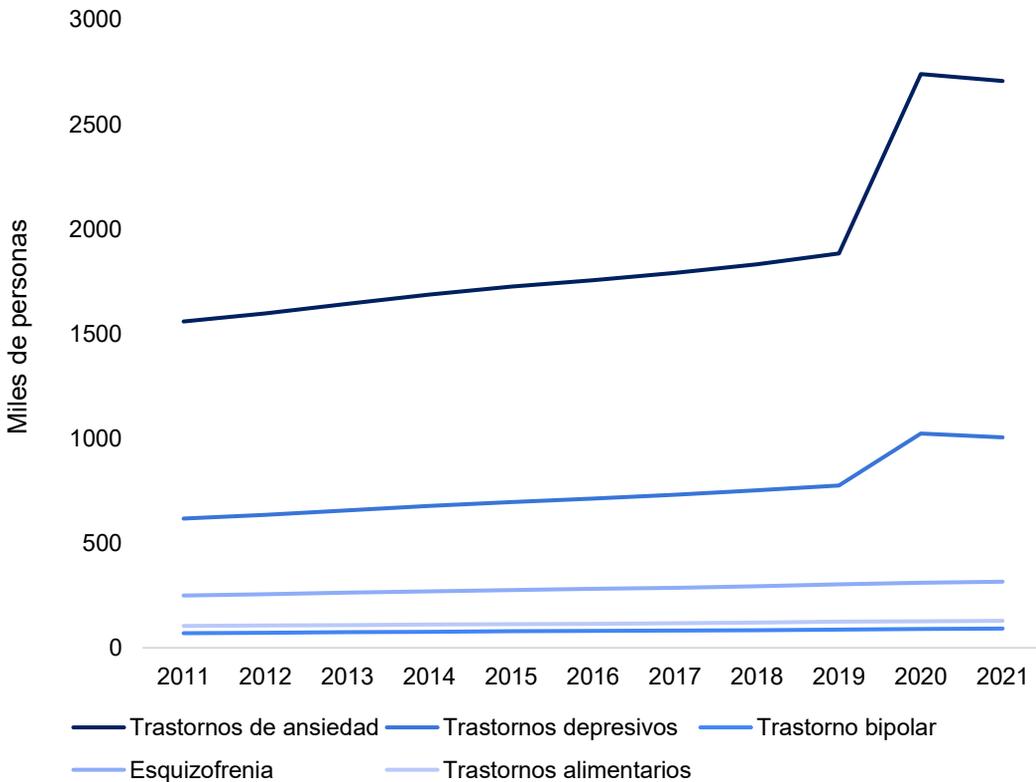
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos de ansiedad	270,1	272,0	273,6	275,6	278,5	282,3	286,5	290,9	295,1	341,9	359,2
Trastornos depresivos	252,5	256,9	261,3	265,9	270,6	275,1	279,6	284,1	288,8	325,3	332,4
Trastorno bipolar	32,7	33,2	33,7	34,2	34,7	35,1	35,6	36,1	36,6	37,0	37,5
Esquizofrenia	20,1	20,5	20,8	21,1	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,9	23,2
Trastornos alimentarios	14,4	14,6	14,7	14,9	15,1	15,3	15,5	15,7	15,8	16,0	16,1

Figura 38. Mundo: número estimado de personas que padecían enfermedad mental independientemente de si habían sido diagnosticadas o no, según tipo de enfermedad mental, en el periodo 2011-2021 (millones de personas).

Nota. Los datos son basados encuestas representativas, datos médicos y modelos estadísticos. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de IHME, Carga mundial de enfermedades, con un procesamiento importante por parte de Our World in Data (2024).

En el Perú, los trastornos de ansiedad, que ya afectaban a 1,6 millones en 2011, alcanzaron una cifra de 2,7 millones en 2021, a pesar de una ligera disminución en el último año, como se ilustra en la Figura 39. Este aumento significativo pone de relieve el impacto creciente de la ansiedad en la población, posiblemente exacerbado por factores como la pandemia (Gobierno Regional de Huancavelica, 2022). Por su parte, los trastornos depresivos también mostraron un incremento notable, pasando de 0,6 millones a 1,0 millones entre 2011 y 2021.

Mientras que los trastornos bipolares y la esquizofrenia se mantienen en cifras más bajas, sus aumentos son igualmente preocupantes, alcanzando 92 033 y 315 885 personas respectivamente. Al igual, los trastornos alimentarios, aunque menos prevalentes, han mostrado un crecimiento constante, indicando que las preocupaciones sobre la imagen corporal y la alimentación no deben ser subestimadas, con un incremento desde 104 592 a 128 963 personas.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos de ansiedad	1558,7	1597,6	1643,6	1687,9	1725,9	1756,5	1790,6	1832,5	1883,8	2740,4	2708,0
Trastornos depresivos	617,5	635,2	656,3	677,4	696,5	713,3	731,6	752,3	775,6	1023,5	1005,0
Trastorno bipolar	70,0	72,0	74,4	76,7	78,7	80,5	82,5	84,8	87,5	89,8	92,0
Esquizofrenia	249,9	256,1	263,4	270,4	276,5	281,5	287,1	294,0	302,6	310,2	315,9
Trastornos alimentarios	104,6	106,5	108,7	110,8	112,7	114,8	117,6	121,2	125,1	127,4	129,0

Figura 39. Perú: número estimado de personas que padecían enfermedad mental independientemente de si habían sido diagnosticadas o no, según tipo de enfermedad mental, en el periodo 2011-2021 (miles de personas).

Nota. Esto incluye depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos alimentarios y esquizofrenia. Los datos son basados en encuestas representativas, datos médicos y modelos estadísticos. Elaboración Ceplan a partir de la base de datos de IHME, Carga mundial de enfermedades, con un procesamiento importante por parte de Our World in Data (2024).

La Tabla 6 presenta la evolución de la proporción de personas con problemas o trastornos de salud mental atendidas según departamentos en el Perú en el periodo 2018-2023. A nivel nacional, la tasa de población con problemas o salud mental atendidos ha presentado un incremento de 8,1 puntos porcentuales en el periodo mencionado, elevándose del 15,5 % al 23,6 %. Además, todas las regiones del país presentan un incremento de esta tasa, a excepción de Lima Metropolitana (disminuyó 5,2 puntos porcentuales) y Lima (16,1 puntos porcentuales). Entre los departamentos con mayor incremento se encontraron el Callao (28,6 puntos porcentuales), Huánuco (20,6 puntos porcentuales) y Ayacucho (19,3 puntos porcentuales). Mientras que con menor incremento fueron Madre de Dios (1,3 puntos porcentuales), Puno (1,8 puntos porcentuales) y Lambayeque (3,1 puntos porcentuales).

Tabla 6. Perú: porcentaje de personas con problemas o trastornos de salud mental atendidas, según departamentos, en el periodo 2018-2023 (porcentajes).

Departamentos	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Variación	Tendencia
Total	15,5	17,6	13,8	16,7	20,9	23,6	↑ 8,1	
Amazonas	13	17,1	13,4	18,2	19,5	18,6	↑ 5,6	
Áncash	11,5	16,4	10,7	13,9	18,4	19,9	↑ 8,4	
Apurímac	22	23,6	21,9	27,4	32,6	34,1	↑ 12,1	
Arequipa	18,4	20,7	13,9	16,7	19,6	24	↑ 5,6	
Ayacucho	10,3	17,8	16,6	23,3	28,4	29,6	↑ 19,3	
Cajamarca	4,8	12,9	11,9	17,6	21,1	23,5	↑ 18,7	
Prov. Const. Del Callao	31,3	46,1	31,6	33	45,3	59,9	↑ 28,6	
Cusco	13,5	18,7	14,7	21,7	26,1	29,1	↑ 15,6	
Huancavelica	21,6	24,2	29,4	35,4	42,1	33,8	↑ 12,2	
Huánuco	10,8	23,1	24,5	27,8	32,1	31,4	↑ 20,6	
Ica	17,1	19,2	11,1	13,1	16,8	22,3	↑ 5,2	
Junín	19,6	20,8	16	19,1	25,2	25,8	↑ 6,2	
La Libertad	8,9	9,7	7,7	10,3	14,6	18,6	↑ 9,7	

Continúa...

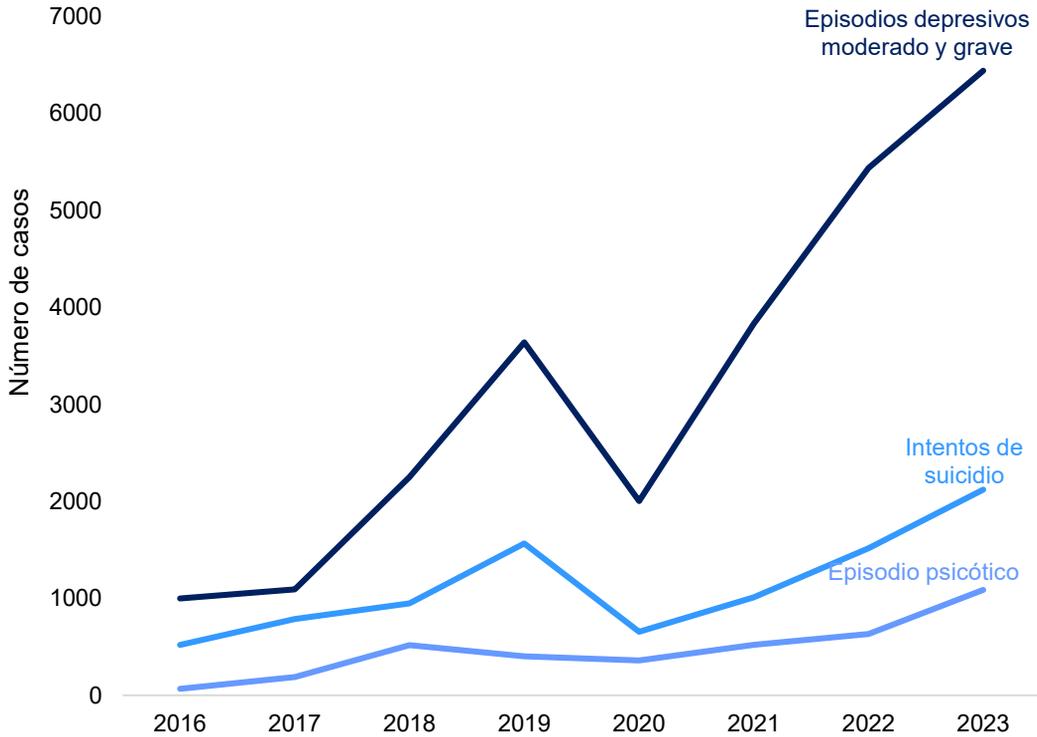
Lambayeque	11,4	13,1	8,7	9,5	11,7	14,5	↑ 3,1	
Lima Metropolitana 1/	39,2	24,8	20,6	23	28,3	34	↓ -5,2	
Lima 2/	37,4	25,4	15,3	17,9	28,7	21,3	↓ -16,1	
Loreto	4,6	5,1	4,4	6,6	8,2	9,4	↑ 4,8	
Madre de Dios	13,9	11,4	10,9	9,8	14,1	15,2	↑ 1,3	
Moquegua	24,5	28,9	24,8	32,3	35,9	41,9	↑ 17,4	
Pasco	17,1	21,2	19,6	28,9	30,4	27,8	↑ 10,7	
Piura	7,4	9	7,2	9,1	11,6	12,2	↑ 4,8	
Puno	8,4	9,2	6,5	7,5	9,3	10,2	↑ 1,8	
San Martín	9,5	11	9,3	12,2	15,6	18,5	↑ 9	
Tacna	15,1	16,1	13,5	16,2	19,8	21,3	↑ 6,2	
Tumbes	12,3	11,8	11,1	11,8	12,4	16,9	↑ 4,6	
Ucayali	8,6	12,1	6,7	10,4	15,7	14,5	↑ 5,9	

Nota. Elaboración Ceplan a partir de datos del INEI (2024).

El suicidio es una consecuencia devastadora de la falta de intervención oportuna ante los problemas depresivos. En el mundo, el suicidio es la tercera causa de muertes entre las personas de 15 y 29 años (WHO, 2024). De acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, entre los años 2016 y 2023, se ha observado un incremento en el número casos notificados de intentos de suicidio, a través de 274 establecimientos de salud centinela, elevándose el número de 520 casos en 2016 a 2121 en 2023. Si bien en el año 2020 se caracterizó por una abrupta disminución en los reportes, probablemente como consecuencia de la pandemia de COVID-19, posteriormente, desde el año 2021,

se constató un aumento en la cantidad de casos reportados, atribuible tanto a la expansión de las entidades notificantes como al desarrollo gradual del sistema de monitoreo epidemiológico (Minsa, 2024).

Al igual que la tendencia observada en los intentos de suicidio, los episodios depresivos moderados y graves, así como los episodios psicóticos, siguieron patrones similares, ilustrado en la Figura 40. En 2023, los casos de episodios depresivos moderados y graves alcanzaron los 6441, lo que supone un incremento del 545 % en relación con los 999 casos de 2016. Por su parte, los episodios psicóticos experimentaron un aumento del 1522 %, al pasar de 67 a 1087 en ese mismo periodo.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Intentos de suicidio	520	788	948	1565	656	1009	1515	2121
Episodios depresivo moderado y grave	999	1093	2250	3641	2003	3830	5438	6441
Episodios psicóticos	67	188	518	401	360	521	633	1087

Figura 40. Perú: episodios depresivos moderado y grave, intentos de suicidio y episodios psicóticos, en el periodo 2016-2023 (número).

Nota. Elaboración Ceplan a partir del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (2024).

Estos números destacan la necesidad urgente de mejorar la atención en salud mental. Algunos autores, indican que el Perú requiere abordar el problema de manera estructural, ya que aún existe un estigma hacia los pacientes con patologías de salud mental, lo que limita su atención. Asimismo, se requiere la consolidación y expansión enfocadas en el tratamiento, promoción y prevención de la salud mental en todo el país, priorizando la implementación de los centros de salud comunitarios (Videnza Consultores, 2022).

Finalmente, de acuerdo al Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 se tiene como visión que “se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones” (WHO, 2021).

Referencias

- Gobierno Regional de Huancavelica. (3 de mayo de 2022). Trastornos de depresión y ansiedad se dispararon durante la pandemia. <https://www.gob.pe/institucion/regionhuancavelica/noticias/604739trastornos-de-depresion-y-ansiedad-se-dispararondurante-la-pandemia>
- INEI. (julio de 2024). Perú: Evolución de los Indicadores de los Programas Presupuestales 2014-2023. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1967/libro.pdf
- Minsa. (2024). Vigilancia epidemiológica de problemas priorizados de salud mental. Perú 2024 - SE 09. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE09/mental.pdf>
- Our World in Data. (2024). Mental illness: estimated cases. <https://ourworldindata.org/grapher/mental-illness-estimated-cases>
- Our World in Data. (20 de mayo de 2024). Share of population with mental health disorders. <https://ourworldindata.org/grapher/share-with-mental-and-substance-disorders>
- The Lancet. (8 de octubre de 2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext#seccesstitle10](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext#seccesstitle10)
- Videnza Consultores. (4 de mayo de 2022). La salud mental en el Perú: un gran pendiente. <https://videnza.org/en/la-salud-mental-en-el-peru-un-gran-pendiente/>
- WHO. (21 de setiembre de 2021). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- WHO. (2022). World Mental Health Day 2022. <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2022>
- WHO. (29 de agosto de 2024). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

CONSIDERACIONES FINALES

El reporte "Salud: Tendencias sectoriales para la anticipación estratégica" identificó y analizó diez tendencias significativas que impactan el sector salud y orientan su desarrollo hacia un futuro deseado. Entre los hallazgos destacan la persistencia de la desnutrición infantil, el incremento de la atención médica prenatal en el Perú, y el aumento de la lactancia materna exclusiva, fenómenos que reflejan transformaciones en la dinámica de la salud pública. Asimismo, la mayor inseguridad alimentaria y el estancamiento en la inmunización infantil resaltan desafíos persistentes, mientras que el incremento del gasto destinado a la salud y la mayor demanda de profesionales médicos evidencian esfuerzos por fortalecer el sector sanitario. Finalmente, el aumento de la población con trastornos afectivos y de ansiedad subraya la necesidad de priorizar la atención en salud mental.

Este reporte ofrece una evaluación de las diez tendencias priorizadas, subrayando su relevancia para la formulación de políticas y planes que fomenten un desarrollo sanitario más equitativo y sostenible. Los resultados proporcionan una base sólida para comprender cómo las tendencias sectoriales están configurando el futuro del sistema de salud, destacando áreas que requieren atención prioritaria para maximizar el impacto positivo de las inversiones y estrategias implementadas.

Adicionalmente, se requiere mayor investigación para entender cómo estas tendencias interactúan entre sí y con otros factores contextuales que influyen en la dinámica del sector salud. Esto permitirá a los planificadores actualizar y ampliar las tendencias identificadas o incorporar nuevas, en función de información relevante que contribuya al planeamiento estratégico del sector.

Este estudio enfatiza la importancia de adoptar un enfoque prospectivo, estratégico y proactivo para abordar las tendencias del sector salud, asegurando que las políticas y planes estén alineados con las demandas cambiantes de la sociedad y del entorno global. A través de una planificación y ejecución efectivas, es posible convertir los desafíos en oportunidades, promoviendo un sistema de salud más inclusivo, resiliente y sostenible.

Finalmente, las diez tendencias analizadas en este reporte han sido publicadas de manera desagregada y como fichas individuales en el Observatorio Nacional de Prospectiva, donde se integran con información sobre megatendencias y tendencias globales, regionales, nacionales y territoriales. Estas fichas están disponibles como una herramienta de referencia para los tomadores de decisión interesados en el desarrollo estratégico del sector salud.

El Observatorio Nacional de Prospectiva esta disponible en:

<https://observatorio.ceplan.gob.pe/inicio>



Centro Nacional de Planeamiento Estratégico

Av. Canaval y Moreyra 480 - Piso 21

San Isidro. Lima - Perú.

(511) 211 7800

webmaster@ceplan.gob.pe

www.ceplan.gob.pe

