



Resolución Ministerial

Lima, 2 de JUNIO del 2016

VISTO, el Expediente 16-053443-002 que contiene el Informe N° 047-2016-OGPPM-OPEE/MINSA, emitido por la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; y,

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del numeral 23.1 del artículo 23 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece que son funciones generales de los Ministerios, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;



A. Velásquez

Que, el numeral 1) del artículo 25 de la Ley precitada dispone que, a los Ministros de Estado les corresponde las funciones de dirigir el proceso de planeamiento estratégico sectorial, en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y determinar los objetivos sectoriales, funcionales y nacionales aplicables a todos los niveles de gobierno, así como aprobar los planes de actuación; y asignar los recursos necesarios para su ejecución, dentro de los límites de las asignaciones presupuestarias correspondientes;



P. MINAYA

Que, el numeral 71.1 del artículo 71 del Texto Único Ordenado de la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF, establece que las Entidades para la aprobación de sus Planes Operativos institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI) que debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) y los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), entre otros;



P. GRILLO

Que, mediante Resolución Ministerial N° 620-2014-MINSA, se creó la Comisión de Planeamiento Estratégico encargada de conducir el proceso de formulación del Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud, la misma que se constituye como la máxima instancia en el proceso de su formulación, así como el Equipo Técnico de Planeamiento Estratégico del Sector Salud, que tiene entre otras funciones, consolidar la información y formular el proyecto del citado Plan, y presentarlos a la Comisión para su aprobación;



C. CAVAGNARO P.

Que, mediante Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 26-2014-CEPLAN/PCD, se aprobó la Directiva N° 001-2014-CEPLAN, Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, que establece los principios, normas, procedimientos e instrumentos del Proceso de Planeamiento Estratégico en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico – SINAPLAN, de aplicación para todas las entidades de la administración pública;



J. Zavala S.



C. KUROIWA P.

Que, de conformidad con lo previsto en los artículos 47, 48 y 49 de la citada Directiva, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) elabora el Informe Técnico que permite verificar que los planes estratégicos cumplan con lo dispuesto en la precitada Directiva y las demás disposiciones aprobadas por el CEPLAN, a efectos de comprobar la articulación entre los objetivos de los planes estratégicos con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional;

Que, mediante documento de Visto la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización alcanza la propuesta del Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Sector Salud, indicando que ha sido formulada en la fase estratégica del proceso de Planeamiento Estratégico y contiene una síntesis del análisis prospectivo, escenario apuesta, visión, alineación de los objetivos del Sector al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, además de la identificación de acciones estratégicas que contribuyen directamente al cumplimiento de los objetivos; señalando, además, que el plan propuesto ha definido indicadores estratégicos orientados a la obtención de resultados y la presentación de sus metas, para que, a través del seguimiento permanente, sea un instrumento de gestión de soporte para la toma de decisiones;

Que, mediante Oficio N° 169-2016-CEPLAN/DNCP, el Director Nacional de la Dirección Nacional de Coordinación y Planeamiento Estratégico del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico comunica que se ha emitido el Informe Técnico N° 09-2016-CEPLAN-DNCP-MTS, el cual concluye que el PESEM 2016-2021 presentado por el Ministerio de Salud, cumple de manera idónea con lo establecido en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico emitido por CEPLAN y recomienda su aprobación;

Que, de acuerdo a lo dispuesto en el literal h) del artículo 7 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, corresponde al titular de la Entidad, conducir el proceso de planeamiento estratégico sectorial, en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico;

Que, en atención a la normativa antes citada y a lo señalado precedentemente, corresponde aprobar el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud;

Estando a lo informado por la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, y con el visado de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública, del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, y del Secretario General; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; y, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud, que en Anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Disponer que el Ministerio de Salud y sus organismos públicos adscritos efectúen la elaboración y/o adecuación de sus documentos de gestión al Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud, que se aprueba a través de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, la evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud, aprobado en el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial, informando semestralmente al Despacho Ministerial sobre los avances y logros.



C. KUROIWA P.



A. Velásquez



F. MINAYA



P. GRILLO



C. CAVAGNARO



I. Zavala S.



Resolución Ministerial

Lima, ...2... de... JUNIO..... del... 2016

Artículo 4.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, Publíquese y comuníquese.



F. MINAYA

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
MINISTRO DE SALUD



P. GRILLO



C. CAVAGNARO P.



J. ZAVALE S.



C. KUROIWA P.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021

Mayo, 2016



Contenido

Presentación 2

Acrónimos 4

I.- Síntesis de la Fase Prospectiva 5

 1. **Diseño del modelo conceptual.** 5

 2. **Identificación y análisis de tendencias.** 6

 3. **Definición de variables estratégicas, análisis de influencia y priorización.** 8

 4. **Diagnóstico de variables estratégicas.** 11

 5. **Construcción de escenarios.** 13

 6. **Síntesis del análisis de riesgos y oportunidades.** 15

II.- Fase Estratégica 17

El sistema de salud rumbo al Bicentenario de la República 17

Escenario Apuesta 18

III. Visión 19

IV. Objetivos Estratégicos 19

V. Acciones Estratégicas 20

VI. Identificación de la Ruta Estratégica 21

VII. Matriz de objetivos y acciones estratégicas incluyendo indicadores y valor basal y metas al 2021 31

Anexos 33

 1. **Proyectos de inversión pública de impacto sectorial** 33

 2. **Plantilla de articulación** 35

 3. **Glosario de términos** 38

 3. **Fichas descriptivas por indicador** 42





Presentación

El Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM del Sector Salud, es el resultado de un proceso de planeamiento estratégico prospectivo, participativo y articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, en el marco de lo dispuesto por la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN, todo ello alineado a los Lineamientos de Política del Sector Salud.

En ese sentido, el PESEM ha tenido como insumo fundamental el Documento Prospectivo, un instrumento orientador elaborado por el Sector en la primera fase del proceso de planeamiento estratégico: la fase prospectiva. Además, incorpora lo suscrito en el Acuerdo Nacional sobre Objetivos de la Reforma de Salud¹ en octubre de 2015 por el MINSA, EsSalud, la Asamblea Nacional de Gobiernos Nacionales, la Asociación de Municipalidades del Perú; los partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil; y finalmente, el MINSA ha desarrollado un proceso de análisis del estado actual y las perspectivas del sector en el marco de la reforma de salud denominado Hoja de Ruta para alcanzar los objetivos de la reforma del Sector Salud a 2021².

De esta manera, para la formulación de la fase estratégica se considera el conocimiento disponible, el nivel de consenso sectorial, político y civil sobre el proceso de reforma en curso, que mantiene la línea de gestión pública con legitimidad, dado el antecedente de la implementación del Plan Concertado en Salud (2009). Adicionalmente, incorpora la nueva organización propuesta en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) según el DS 007-2016-SA. Todo ello con la aspiración de lograr mejores niveles de salud al año 2021, año del Bicentenario de la República del Perú. Es importante mencionar que la reforma de la salud debe verse como el inicio de un proceso continuo de transformación del sistema de salud incorporado en el planeamiento estratégico sectorial.

La primera sección incluye la síntesis de la Fase prospectiva, en la cual se presenta el modelo conceptual del sector, las tendencias que influyen en él, las variables estratégicas y escenarios de futuro (tendencial, óptimo y exploratorios) identificados.

La segunda sección corresponde a la Fase Estratégica propiamente dicha, en la cual se describe el sistema de salud rumbo al 2021; se presenta el escenario apuesta, sobre el mismo se formuló la visión del sector, los objetivos estratégicos y las acciones estratégicas.

Se han definido tres objetivos estratégicos y trece acciones estratégicas priorizadas, cada objetivo y acción cuenta con indicadores representativos y trazadores, que harán que el seguimiento y la evaluación sean más eficientes y eficaces. Asimismo, se ha elaborado la ruta estratégica, priorizando de manera ordenada los objetivos y acciones estratégicas, y definiendo las metas para cada uno de ellos.



¹ Ver <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

² Producto 2: Hoja de ruta para lograr los objetivos de la reforma de Sector Salud al año 2021. Perú SCL/SPH. PE-T1327. Marzo 2016



El documento incluye el Anexo N° 1, que contiene una priorización de los proyectos de inversión estratégicos para el Sector; el Anexo N° 2 que contiene la matriz de articulación que muestra como contribuye el PESEM con los objetivos del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y el Anexo N° 3 que contiene las fichas descriptivas de los indicadores. Finalmente, se adjunta un glosario de términos técnicos utilizados en el documento.

El PESEM es un instrumento de gestión trascendental que contienen las políticas de salud traducidas en las acciones estratégicas que conducirán a mejorar la salud de la población que, en el marco de la reforma de salud permitan planificar las intervenciones para reducir el déficit de oferta de servicios de calidad, la implementación efectiva de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud y por consiguiente, la atención de las necesidades de la población desde una perspectiva de los derechos de salud de la ciudadanía.





Acrónimos

CNARES: Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.

CDC: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

DGIESP: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

DIRESA: Dirección Regional de Salud

ENSP: Escuela Nacional de Salud Pública

IAFAS: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

IGSS: Instituto de Gestión de Servicios de Salud

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de salud

OGAC: Oficina General de Articulación y Coordinación

OGPPM: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

OGRH: Oficina General de Recursos Humanos

OGTI: Oficina General de Tecnologías de la Información

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBI: Producto Bruto Interno

RIAPS: Red integrada de Atención Primaria de Salud

SAMU: Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia

SG: Secretaría General

SIS: Seguro Integral de Salud

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

VM PAS: Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

VM SP: Viceministerio de Salud Pública



I. Síntesis de la Fase Prospectiva

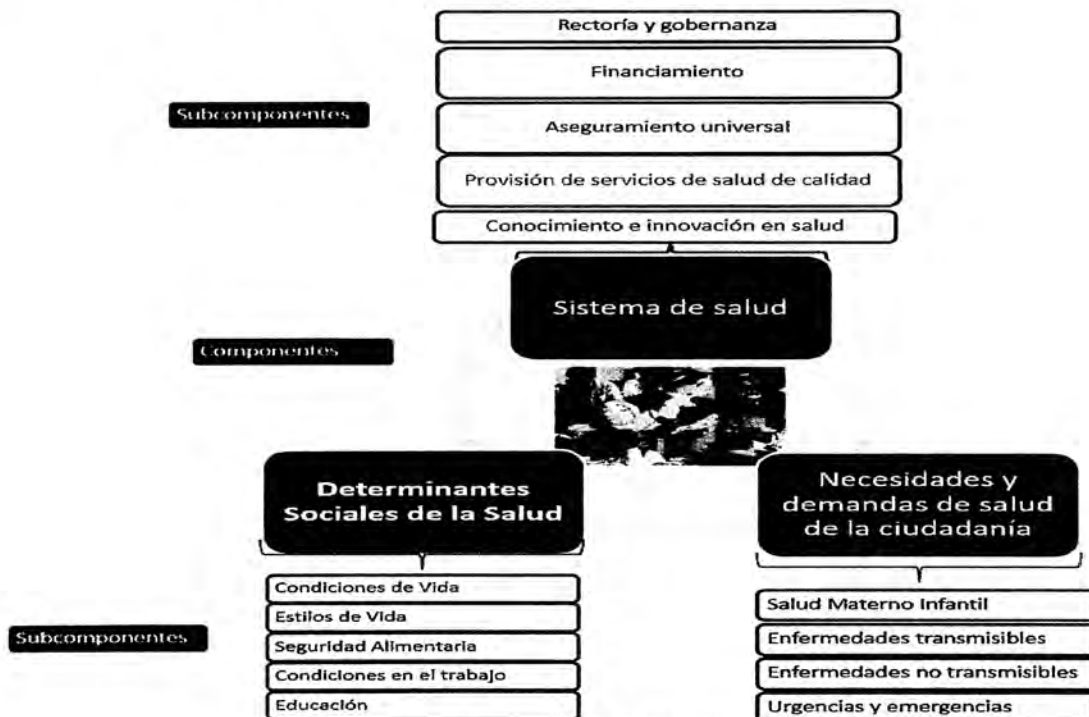
El principal insumo para la formulación del presente Plan Estratégico Multianual – PESEM del Sector Salud 2016- 2021, es el Documento Prospectivo del Sector Salud³. La metodología incluye el diseño modelo conceptual del sector, las tendencias que influyen en él, sus variables estratégicas y escenarios de futuro (tendencial, óptimo y exploratorios).

1. Diseño del modelo conceptual.

El modelo conceptual es un ordenamiento de categorías de análisis que refleja el estado del conocimiento con relación al tema central del sector. Cabe señalar que el modelo conceptual está constituido por componentes y sub-componentes que explican orden lógico de organización del sector salud como sistema.

De esta manera, se diseñó el modelo conceptual del Sector Salud mediante el análisis de las entidades y actores que lo conforman, además de los temas que aborda y de su entorno. Para ello, se analizaron estudios, informes, documentos públicos y se realizaron consultas a expertos siendo definido en tres componentes y 14 subcomponentes.

Gráfico N° 1.2- Modelo conceptual del Sector Salud



Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

2. Identificación y análisis de tendencias.

El Documento Prospectivo del Sector Salud identifica y analiza las tendencias que pueden afectar en el tiempo los componentes y sub-componentes del modelo del Sector Salud, tomando como criterios, los relacionados a pertinencia, vigencia y evidencia. Las tendencias fueron calificadas en una escala del 1 al 5 (1 es la menor calificación y 5 la mayor). Los criterios de pertinencia se refieren al grado de vinculación o relación que tiene la tendencia con el sector; los de vigencia hacen referencia al periodo de influencia de la tendencia; y los de evidencia se refieren a la cantidad y calidad de los datos que sustentan la existencia de la tendencia.

Al no poseer conocimiento absoluto del futuro, la consulta a expertos fue necesaria e importante en esta sección. El valor señala la calificación de los criterios para seleccionar tendencia.

Tabla N° 1.1 Criterios de Priorización de Tendencias

VALOR	PERTINENCIA	VIGENCIA	EVIDENCIA
5	La tendencia tiene muy alta pertinencia.	Es muy probable que la tendencia siga vigente hasta el horizonte del plan.	Existe evidencia contundente que demuestra la existencia de la tendencia.
4	La tendencia tiene una alta pertinencia.	Es probable que la tendencia siga vigente hasta el horizonte del plan.	Existe evidencia que demuestra la existencia de la tendencia.
3	La tendencia tiene una mediana pertinencia.	Es poco probable que la tendencia siga vigente hasta el horizonte del plan.	Existe cierta evidencia que demuestra la existencia de la tendencia.
2	La tendencia tiene poca pertinencia.	Es muy probable que la tendencia no siga vigente en el ámbito temático de desarrollo hasta el horizonte del plan.	Existe poca evidencia que demuestra la existencia de la tendencia.
1	La tendencia no es pertinente o lo es en muy escasa medida.	La tendencia no estará vigente hasta el horizonte del plan.	No existe evidencia que demuestre la existencia de la tendencia.

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

De acuerdo a la mayor calificación obtenida, se identificaron catorce (14) tendencias representativas que fueron incorporadas al modelo conceptual para analizar en qué componente y subcomponente tienen mayor impacto. Las tendencias que se han priorizado para el periodo 2016-2021 que van a tener incidencia en el sector salud, están agrupadas por su ámbito de acción:

Tabla N° 1.2 Tendencias Seleccionadas por ámbito de acción

	SOCIAL	COMPORTAMIENTO
1	Estructura demográfica	Incremento progresivo y sostenido del grupo poblacional de mayores de 60 años.
2	Urbanización	Mayor concentración de población en espacios urbanos no planificados (invasiones).
3	Estilos de vida	Incremento de número de personas con estilos de vida inapropiados para la salud (sedentarismo, alimentación con comida rápida, consumo de bebidas alcohólicas, etc.).





4	Exposición a riesgos urbanos	Aumento de accidentes de tránsito, actos de violencia y aparición de brotes epidémicos en grandes ciudades.
5	Condiciones en el trabajo	Mantenimiento de condiciones inseguras e inadecuadas en el trabajo (en especial en centros laborales informales).
6	Perfil epidemiológico	Incremento progresivo de enfermedades psico-emocionales, crónicas y degenerativas que se agregan a problemas de salud de tipo infecciosos y zoonóticos emergentes y re-emergentes. Aparición de necesidades de mantenimiento y cuidados de personas mayores de 60 años y en condiciones de discapacidad diversas.

ECONÓMICA		COMPORTAMIENTO
7	Crecimiento económico internacional	Los mercados emergentes impulsarán el crecimiento económico global.
8	Aplicación de tratados de comercio y de propiedad intelectual y patentes	Incremento de los periodos de protección de productos farmacéuticos de marca (protección de propiedad intelectual).
9	Inequidad de ingresos	Aumento en la inequidad de ingresos.

MEDIO AMBIENTE		COMPORTAMIENTO
10	Saneamiento básico: agua y desagüe	Creciente demanda de familias / hogares por agua potable y servicios de saneamiento básico (desagüe).
11	Contaminación ambiental	Aumento de la contaminación ambiental.
12	Fenómenos naturales y antrópicos	Incremento de la frecuencia de la ocurrencia y severidad de fenómenos naturales y antrópicos.

TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN		COMPORTAMIENTO
13	Tecnologías de la Información y Comunicación, Tecnología Médica e Innovación	Expansión de los avances de la tecnología de información y comunicación en la organización, gestión y provisión de servicios de salud.
14	Nuevos tratamientos	Progresivo descubrimiento y disponibilidad de nuevos tratamientos para enfermedades.

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

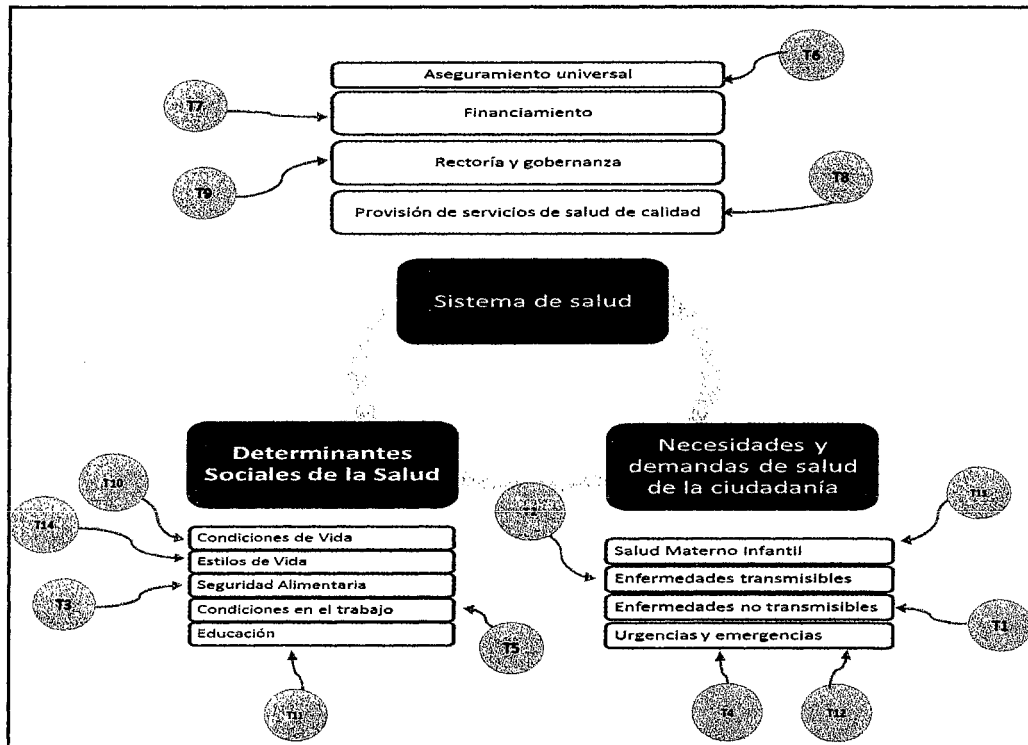
Esta etapa a través de un análisis de los impactos de las tendencias sobre el modelo conceptual⁴, se evaluó la sensibilidad del sector frente al entorno. Así, las tendencias fueron incorporadas en el modelo conceptual graficado de acuerdo a los siguientes pasos:

- Se analizó el impacto que cada tendencia tiene sobre el componente y/o subcomponente.
- Se determinó así la sensibilidad de los componentes y subcomponentes a las tendencias.
- Tal análisis sirvió como base para la identificación y estudio de las variables estratégicas del sistema.

La representación de cómo se da el impacto de las tendencias y se incorporan en el modelo conceptual se muestra en el siguiente gráfico:

El impacto es la capacidad de una tendencia para generar cambios en los componentes del sector.

Grafico N° 1.3 Impacto de las tendencias en el modelo conceptual



Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

Este gráfico muestra cómo impactan las tendencias en los componentes y sub-componentes del modelo conceptual. Por ejemplo, las tendencias 1, 2, 4, 12 y 13 impactan notoriamente en el componente Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía, mientras que las tendencias 6, 7, 8 y 9 impactan en el componente Sistema de Salud. Del mismo modo, las tendencias 3, 5, 10, 11 y 14 impactan cada uno en un subcomponente del componente Determinantes de la Salud. Esta identificación es importante porque permitió construir las variables estratégicas.

3. Definición de variables estratégicas, análisis de influencia y priorización.

Para realizar el análisis de influencia de las variables y su respectiva priorización, se utilizó la Matriz de Análisis Estructural, la cual establece los niveles relacionales de cada variable en función de su motricidad o dependencia, estableciéndose los pesos relacionales. De esta manera, se ingresó la información de las variables identificadas a la matriz de análisis estructural, que nos permitió analizar dos parámetros: El grado de motricidad, es decir, la capacidad de "mover", cambiar, influir sobre las otras variables y la dependencia sobre las otras variables, es decir, el grado de interrelación de la variable para trabajar o dinamizarse con otras variables.

En la siguiente tabla, se aprecia parcialmente la manera en que se relaciona cada variable con cada una de las otras variables identificadas, asignándoles diferentes pesos, que van de los valores 0 a 4.



Como resultado del análisis, de las sesenta y uno (61) variables identificadas se ha determinado que son veinticinco (25) las variables estratégicas más representativas del Sector.

El listado final del reagrupamiento de las variables estratégicas identificadas en un nuevo ordenamiento de componentes y subcomponentes se muestra a continuación:

Tabla N° 1.4 Definición de las Variables Estratégicas y su relación con los Medios, Resultados y Objetivos

COMPONENTE	SUB COMPONENTE	VARIABLE ESTRATEGICA	MEDIOS Y RESULTADOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	
Sistema de salud	Rectoría y Gobernanza	1	Nivel de concordancia de políticas intersectoriales	X	
		2	Nivel de mejora del desempeño regional	X	
		3	Nivel de funcionamiento de municipios saludables	X	
		4	Grado de articulación de políticas intergubernamentales	X	
		5	Nivel de participación social	X	
	Aseguramiento universal	6	Nivel de aseguramiento de salud		X
	Financiamiento	7	Nivel de protección financiera	X	
	Provisión de servicios de salud de calidad	8	Acceso a servicios de salud de calidad		X
		9	Brecha de inversiones	X	
		10	Brecha de talento humano	X	
		11	Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos	X	
		12	Grado de modernización de la gestión hospitalaria	X	
		13	Nivel de acreditación de establecimientos de salud		X
	Innovación y conocimiento en salud	14	Grado de innovación tecnológica en salud	X	
Determinantes Sociales de la Salud	Condiciones de Vida	15	Acceso a agua segura y saneamiento básico	X	
	Estilos de Vida	16	Acceso a una alimentación saludable	X	
	Seguridad Alimentaria	17	Estado nutricional	X	
	Condiciones en el trabajo	18	Nivel de ausentismo laboral	X	
	Educación	19	Nivel de educación en mujeres	X	
Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía	Salud Materno Infantil	20	Nivel de mortalidad materna		X
		21	Nivel de mortalidad neonatal		X
	Enfermedades transmisibles	22	Incidencia de tuberculosis		X
		23	Incidencia de cáncer		X
	Enfermedades no transmisibles	24	Prevalencia de diabetes Mellitus		X
		25	Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias de salud		X

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030





4. Diagnóstico de variables estratégicas.

En esta etapa, se identificaron las variables estratégicas derivadas del modelo conceptual y de las tendencias que lo impactan. Luego, se utilizó una matriz de análisis estructural que permitió priorizar las variables y analizar sus relaciones entre sí, según su grado de influencia.

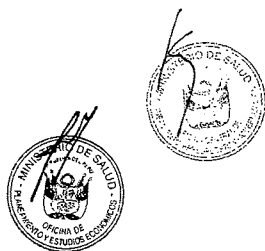
Como resultado de este diagnóstico, se formularon indicadores apropiados para cada variable estratégica; asimismo se tuvo como hallazgo variables estratégicas que no contaba con indicadores y sobre todo una base de datos o serie histórica de por lo menos tres años, que tenga representatividad nacional y que provenga de una fuente de datos oficial. Es por ese motivo que se estimaron indicadores con 13 variables estratégicas que tenían una serie histórica completa para su correspondiente proyección al año 2030.



Tabla N° 1.5 Diagnostico de las Variables Estratégicas (Fase prospectiva)

VARIABLE	INDICADOR	Valor actual	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2030
1 Nivel de aseguramiento de salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud (ENAHO)	73,5	75,5	77,5	79,5	81,5	83,5	85,5	100
2 Nivel de protección financiera	Porcentaje de Gasto de bolsillo en salud (INEI)	33,2 (2014)	29,7	28,0	26,5	25,0	23,7	22,4	13,5
3 Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud (ENAHO)	49,4	50,3	51,1	52,0	52,8	53,7	54,6	61,4
4 Acceso a agua segura y saneamiento básico	Porcentaje de hogares con acceso a agua tratada (ENDES)	96,2	96,8	97,4	98,0	98,6	99,2	99,8	100
	Porcentaje de hogares con saneamiento básico (ENDES)	92,6	93,8	95,0	96,2	97,4	98,6	99,8	100
5 Nivel de educación en mujeres	Porcentaje de Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa (ENAHO)	57,9	59,3	60,8	62,2	63,7	65,1	66,6	78,2
6 Acceso a una alimentación saludable	Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día (ENDES)	11,8	12,8	13,8	14,8	15,8	16,8	17,8	25,8
7 Estado nutricional	Tasa de desnutrición crónica infantil (ENDES)	14,4	13,1	11,9	10,8	9,8	8,9	8,1	5
8 Nivel de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna (ENDES)	83,6	81,3	79,1	77,0	74,9	72,9	70,9	49,2
9 Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal (ENDES)	8,6	8,3	8,0	6,2	6,0	5,8	5,5	4,5
10 Incidencia de tuberculosis	Incidencia de tuberculosis (ESNPCT/DGSP/MINSA)	87,5	84,5	81,5	78,5	75,5	72,5	69,5	42,5
11 Incidencia de cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer (MINSA-OEGI) (MINSA-HIS)	117,5	119,7	121,8	123,9	126,0	128,2	130,3	147,3
12 Prevalencia de diabetes Mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años) (ENDES)	3,2 (2013)	5,0	6,0	7,0	8,0	8,0	8,0	8,0
13 Mortalidad por urgencias y emergencias médicas	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud (SIGHOS)	4,2	4,0	3,8	3,7	3,5	3,4	3,2	2,2

(*) Es preciso señalar que las siguientes variables: Nivel de mejora del desempeño regional; Nivel de funcionamiento de municipios saludables; Grado de articulación de políticas intergubernamentales; Nivel de participación social; Brecha de inversiones; Brecha de talento humano; Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos; Grado de modernización de la gestión hospitalaria; Nivel de acreditación de establecimientos de salud; y Grado de innovación tecnológica en salud, no han sido consideradas en este cuadro porque el indicador está en proceso de construcción para ser utilizado en próximas actualizaciones del Documento Prospectivo.

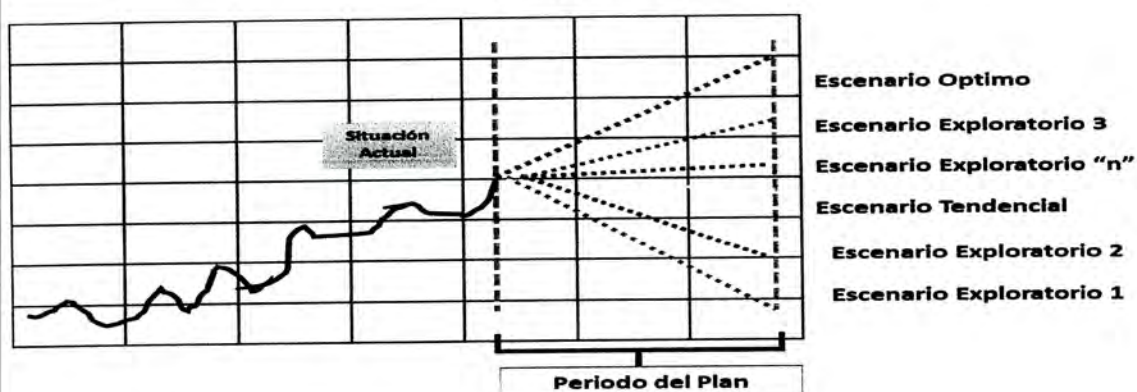


5. Construcción de escenarios.

En la construcción de escenarios se describió de manera consistente y coherente futuros hipotéticos alternativos, que pudieran servir como base para la acción. Se consideraron tres tipos: El escenario tendencial (refleja el comportamiento de las variables estratégicas respetando la continuidad de su patrón histórico); los escenarios exploratorios que son modificaciones posibles del primero y el escenario óptimo, que corresponde al mejor estado posible de futuro.

En el planeamiento estratégico, los escenarios son descripciones consistentes y coherentes de futuros hipotéticos alternativos que reflejan diferentes perspectivas sobre el pasado, presente y futuros desarrollos, que pueden servir como base para la acción, como se observa en el siguiente gráfico:

Grafico N° 1.2



Fuente: CEPLAN 2014

En la **tabla N° 1.6**, se muestra una proyección al año 2030 de las trece (13) variables estratégicas que fueron valoradas mediante indicadores de las veinticinco que muestra el Documento Prospectivo. Esta selección se basa en la construcción de los indicadores y la recopilación de la fuente de datos, la misma que debe conservar representatividad a nivel nacional, asegurar un histórico (información) de por lo menos 3 años y que tenga valor oficial.

Tabla N° 1.6 Construcción de Escenarios Tendencial, Exploratorios y Óptimo con proyección al año 2030

VARIABLE ESTRATEGICA	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario tendencial al 2030	Escenario Exploratorio I (CATASTROFE)	Escenario Exploratorio II (CAMBIO CLIMÁTICO-EPIDEMIAS)	Escenario Exploratorio II (CRISIS ECONÓMICA)	Escenario óptimo
1 Acceso a agua tratada y saneamiento básico	Proporción de hogares con acceso a agua tratada	ENDES	Porcentaje	99.9	93.5	99.8	99.0	99.9
	Proporción de hogares con saneamiento básico	ENDES	Porcentaje	99.9	93.5	99.8	99.0	99.9
2 Alimentación saludable	Personas que consumen al	ENDES	Porcentaje	0.0	15.0	15.0	15.0	80

VARIABLE ESTRATÉGICA	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario tendencia a 2030	Escenario Explotación I (CATASTROFE)	Escenario Explotación II (CAMBIO CLIMATICO EPIDEMIAS)	Escenario Explotación III (CRISIS ECONOMICA)	Escenario Optimista
	menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día							
3	Nutrición	Tasa de desnutrición crónica infantil	ENDES Porcentaje	0.0	11.0	11.0	11.0	5
4	Incapacidad laboral	Días de incapacidad temporal laboral al año	ESSALUD Días	0	0	27,000,000	27,000,000	15,000,000
5	Mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna	ENDES Razón x 100000	0.0	60.0	65.0	68.0	3
6	Mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal	ENDES Tasa x 1000 nac.vivos	0.0	6.0	7.0	7.0	1
7	Tuberculosis	Incidencia de tuberculosis	ESNPCT Tasa x 100 000	42.5	81.5	75.0	75.0	10,0
8	Cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer	MINSA-OEGI Tasa x 100 000	0.0	130.3	130.3	130.3	30,0
9	Diabetes mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años)	ENDES Porcentaje	5.0	8.0	8.0	8.0	1,5
10	Mortalidad por urgencias y emergencias de salud	Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	SIGHOS Tasa	0.0	3.0	3.0	3.5	2
11	Aseguramiento universal en salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud	ENAHO Porcentaje	100.0	90.0	90.0	80.0	100
12	Articulación intergubernamental	Presupuesto del sector salud en presupuesto por resultados (PP)	MINSA Porcentaje	0.0	45.0	45.0	45.0	70
13	Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud	ENAHO Porcentaje	0.0	55.0	58.0	55.0	100
		Percepción de la buena calidad en la atención	ENAHO Porcentaje	0.0	70.0	70.0	65.0	90



VARIABLE ESTRATEGICA	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario tendencial al 2030	Escenario Exploratorio I (CATASTROFE)	Escenario Exploratorio II (CAMBIO CLIMÁTICO-EPIDEMIAS)	Escenario Exploratorio II (CRISIS ECONÓMICA)	Escenario óptimo
	en consulta externa							

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

6. Síntesis del análisis de riesgos y oportunidades.

El análisis de riesgos y oportunidades nos da la posibilidad de tener información que servirá para la mejor elección del escenario apuesta, así también, nos permitirá diseñar procesos posteriores para hacerles seguimiento.⁶

De acuerdo a metodológica de la Fase Prospectiva, por cada uno de los escenarios exploratorios se obtiene un grupo distinto de riesgos y oportunidades, que se desprenderán directamente de los elementos que lo componen. A continuación, se presentan los riesgos y oportunidades identificadas.

Tabla N° 1.7- Síntesis de análisis de riesgo y oportunidades

ESCENARIO EXPLORATORIO I	RIESGO	OPORTUNIDADES
Catástrofe: Terremoto	Destrucción de viviendas y de los servicios de agua y saneamiento, limitando o dificultando su acceso.	Difusión de normas de salud vinculadas a cambios en estilos de vida y hábitos favorables a la salud
	Daño irreparable a la infraestructura de salud.	Fortalecimiento de la gestión de riesgo de desastres en el sector salud.
	Aumento drástico de las urgencias y emergencias.	Fortalecimiento de la participación social.
	Desencadenamiento de epidemias	Evaluación y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en salud.
	Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.	Coordinación y articulación intergubernamental e intersectorial
	Hacinamiento en los hospitales.	Apoyo de la cooperación internacional
	Vulnerabilidad a incrementar las muertes de niños y adulto mayor	Sensibilidad de la población frente a los riesgos de desastres.
	Muerte de personal de salud: médicos, enfermeros, etc.	
	Conflictos sociales por mala gestión y corrupción	
	Pérdida de coordinación entre las redes existentes.	
	Vandalismo y robos	
ESCENARIO EXPLORATORIO II	RIESGO	OPORTUNIDADES
Cambio climático: Epidemias	Propagación rápida de la epidemia.	Fortalecimiento de programas educativos.
	Falta de conocimiento científico sobre la forma de enfrentar la epidemia.	Fortalecimiento de la participación social.

<p>Apertura de nuevos nichos ecológicos de enfermedad.</p> <p>Trastornos sociales y pérdidas económicas.</p> <p>Aumento drástico de las urgencias y emergencias.</p> <p>Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.</p> <p>Conflictos sociales por mala gestión y corrupción.</p>	<p>Aumento de capacidades en investigación sobre epidemias.</p> <p>Coordinación y articulación intergubernamental e intersectorial.</p> <p>Disposición de los decisores de política hacia el planeamiento prospectivo.</p> <p>Fortalecer la vigilancia epidemiológica.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ESCENARIO	RIESGO	OPORTUNIDADES
EXPLORATORIO III		
Crisis económica: Disminución del PBI	<p>Huelgas relacionadas al aumento de sueldo.</p> <p>Limitada inversión en nuevas tecnologías.</p> <p>Limitación para la atención y aumentar la cobertura del servicio de salud.</p> <p>Incremento de la pobreza.</p> <p>Incremento de las enfermedades.</p> <p>Recortes y disponibilidad reducida de presupuesto público en salud.</p> <p>Conflictos sociales: pobres y desocupados.</p> <p>Incremento de las enfermedades de salud mental.</p>	<p>Fortalecimiento de la capacidad y calidad de gasto.</p> <p>Fortalecimiento de la gestión de conflictos sociales.</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades y competencias para desarrollar Modelos económicos eficaces.</p> <p>Fortalecimiento de los programas sociales.</p> <p>Generación de innovaciones locales.</p>

Fuente: Equipo de trabajo MINSa PESEM 2016

Los escenarios construidos en la fase de análisis prospectivo son referentes orientadores, informativos y flexibles para construir el "escenario apuesta" en la formulación de la fase estratégica.





II - Fase Estratégica

La fase estratégica considera los insumos desarrollados en el Documento Prospectivo del Sector Salud 2030⁷ e incorpora procesos de análisis preparados específicamente para documentar el estado actual y las perspectivas del sector al año 2021 en concordancia con los objetivos nacionales del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y hacia la implementación de la mejora de la salud de la población. En particular, el primer trimestre del 2016 se ha elaborado la Propuesta de la Hoja de Ruta para alcanzar los objetivos de la reforma del Sector Salud a 2021⁸ que sintetiza el ejercicio deliberativo y de análisis de funcionarios, informantes claves y expertos del sector, en base a los Lineamientos de la Reforma del Sector Salud⁹ y; el Acuerdo Nacional sobre Objetivos de la Reforma de Salud.¹⁰

De esta manera, para la formulación de la fase estratégica se considera el conocimiento disponible, el nivel de consenso sectorial, político y civil sobre el proceso de reforma en curso, que mantiene la línea de gestión pública con legitimidad, dado el antecedente del Plan Concertado en Salud (2009) y propone ajustes en la organización del nivel central a través del DS N.º 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) para una mejor conducción. Todo ello con la aspiración de lograr mejores niveles de salud al año 2021, año del Bicentenario de la República del Perú.

El sistema de salud rumbo al Bicentenario de la República

El Perú ha tenido un desempeño económico favorable que le ha permitido reducir la pobreza y lograr la meta 3 del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años que se refleja en la reducción de la tasa de mortalidad infantil a 15 muertes por cada 1000 nacidos vivos¹¹.

No obstante, para implantar un modelo de atención enfocado en las personas, sus necesidades y expectativas, se viene impulsando una reforma cuyo objetivo es universalizar la protección en salud en el Perú, protegiendo la salud de la población a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control epidemiológico, y la gestión del riesgo.

El conjunto inicial de normas¹² ha permitido avanzar en la implementación de la reforma que está sustentado en cinco pilares estratégicos y articulados: (i) mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida de la población a través de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de Salud Pública y sus determinantes sociales; (ii) ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud; (iii) mejorar el cuidado y la atención integral de salud (iv) promover y proteger efectivamente los derechos de la salud; y (v) fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud.

Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento, ha devenido en un proceso de cambios que ha atravesado cinco periodos gubernamentales. En el 2009, se aprobó la Ley Marco de

⁷ Documento prospectivo del Sector Salud, aprobado con oficio N° 095-2016-CEPLAN/DNCT, marzo de 2016.

⁸ Producto 2: Hoja de ruta para lograr los objetivos de la reforma de Sector Salud al año 2021. Perú SCL/SPH. PE-T1327. Marzo 2016

⁹ Lineamientos de Política del Sector Salud 2012 y 2013.

¹⁰ Ver <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

¹¹ INEI – ENDES 2012-2014.

¹² Decretos Legislativos N° 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174 y 1175, todos emitidos en diciembre del 2013.





Aseguramiento Universal en Salud. A fines del 2013, se promulgaron 23 Decretos Legislativos que introdujeron reglas para la extensión de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud; y la organización del Ministerio de Salud (MINSa).

Escenario Apuesta

Al 2021, la reforma de la salud está totalmente consolidada, con la universalización del acceso a cuidados, atenciones y servicios de salud pública, así como el aseguramiento de la salud. El régimen subsidiado se consolida, aumentando la cobertura poblacional—prestacional y financiera. Se logra la acreditación de los establecimientos de salud de nivel II y III brindando servicios integrales de calidad y con eficiencia.

Asimismo, se mejora la coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental, lo que ha permitido la ejecución óptima del presupuesto en salud de los gobiernos regionales y una activa participación social mediante la creación de espacios de coordinación multisectorial local. Estos espacios han dirigido sus intervenciones significativamente a los determinantes sociales y ambientales de la salud en sus respectivas jurisdicciones. Esto impactó positivamente en el mantenimiento de la salud de las familias y la disminución de sus gastos por atenciones.

Las políticas y acciones públicas formuladas y orientadas por el Ministerio de Salud, facilitan la educación e información para la adopción de conductas saludables, en pro del uso adecuado de los servicios para el mantenimiento de la salud y la prevención de condiciones desfavorables, daños o enfermedades. Se presta especial atención en proveer de un entorno favorable a las familias, escuelas y comunidades para que, en particular, niños y adolescentes desarrollen sus potenciales y eviten riesgos relacionados al consumo de alcohol, tabaco y sustancias adictivas. Asimismo, las políticas y acciones intersectoriales protegen a niños y adolescentes del abuso físico y psicológico, promueven el fortalecimiento de la autoestima y el respeto mutuo, y facilitan el acceso a servicios diversos de acuerdo a cada etapa de vida, con especial énfasis a servicios de salud sexual y reproductiva en la etapa de la pubertad y adolescencia.

Al 2021 se reducen brechas e inequidades en salud, para lo cual el MINSa se abocará en la mejora de las condiciones de vida, aumentando el número de hogares con acceso a agua tratada y saneamiento básico para toda la población (99,9%). Asimismo, se incorporan estilos de vida y hábitos saludables en la población gracias a profundos procesos educativos y campañas integrales, mejorando la seguridad alimentaria, y disminuyendo la desnutrición crónica infantil a menos de 10%. Dadas las mejoras, las estrategias e intervenciones del sector, se reduce la razón de mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles también logran mejoras importantes, producto de intervenciones de salud articuladas y enmarcadas en el proceso de la reforma de la salud. De esta manera, la tuberculosis deja de ser un problema de salud pública y la magnitud de incremento de la tasa de mortalidad del cáncer disminuye, así como la prevalencia de diabetes mellitus, la cual se mantiene controlada en el promedio de la población general con tendencia a la disminución en los grupos más jóvenes.



Las enfermedades transmitidas por vectores tales como el Dengue, Chikungunya y el Zika están completamente controladas gracias a la creación y acción del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, junto con la intervención del sector para realizar acciones de prevención, control y vigilancia intergubernamentales e intersectoriales focalizadas a nivel sub-nacional, y la expansión de los Programas Presupuestales por Resultados en materia de salud pública. Por otra parte, el MINSA conduce una estrategia intensa y focalizada de prevención, diagnóstico y tratamiento gratuito precoz de casos de infección por VIH que permite disminuir muy significativamente la aparición de casos nuevos, especialmente en la población joven y más vulnerable (LGTBI).

Las condiciones y enfermedades propias de las personas mayores de 65 años son controladas y atendidas con el desarrollo de modelos de cuidados preventivos, paliativos y de atención oportuna, que incorporan a la propia persona, sus familiares y grupos sociales cercanos en las acciones de dichos modelos. La sociedad ha interiorizado el enfoque de envejecimiento saludable y calidad de vida en todas las etapas de vida.

Finalmente, las políticas e intervenciones intersectoriales fomentadas por el MINSA han sido efectivas para reducir considerablemente la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencias de salud y los riesgos a la salud derivados de productos químicos peligrosos o por polución y contaminantes ambientales, brindando servicios para facilitar la identificación de personas en riesgo o afectadas y proveyendo el tratamiento pertinente.

I. Visión

"Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población".

V. Objetivos Estratégicos

Elaboración de los objetivos estratégicos.

La estructura de cada objetivo estratégico cuenta con los tres elementos definidos en la Guía Metodológica Estratégica: Verbo (que refleja la dirección del cambio que se desea lograr en la condición identificada para el sujeto), Condición de cambio (que es la cualidad, característica, atributo, desempeño, actitud, entre otros, del sujeto sobre el cual se desea incidir) y Sujeto (que corresponde al ciudadano, entorno u otra entidad del Estado cuya condición se desea cambiar).

Partiendo del escenario apuesta y de los pilares estratégicos articulados a la reforma del sector salud, se han formulado tres objetivos estratégicos:

1. **Mejorar la salud de la población.**
2. **Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población**

3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.

V. Acciones Estratégicas

Las acciones estratégicas proporcionan una plataforma para la toma de decisiones. De esta manera, establecen cómo se materializarán los objetivos estratégicos sectoriales y reflejan el conjunto de actividades ordenadas que contribuyen al logro de un objetivo estratégico y que requiere el uso de recursos. Las acciones estratégicas sectoriales pueden ser de la siguiente naturaleza¹³:

- Orientadora: identifican los cambios que el sector apuesta lograr en las condiciones, necesidades de los ciudadanos o en el entorno que estos se desenvuelven. Las acciones estratégicas sectoriales orientan la gestión del sector hacia el logro de sus objetivos estratégicos sectoriales.
- Articuladora: son acciones de coordinación, conducción o articulación de políticas sectoriales. En ese marco, las acciones estratégicas podrán incorporar la capacidad de articulación y coordinación con otros sectores y/o entidades y actores.

El PESEM cuenta con trece acciones estratégicas que van a contribuir a alcanzar los objetivos sectoriales. Además, se han identificado indicadores para cada una de las acciones. Al igual que los indicadores de los objetivos estratégicos, se priorizó uno o dos indicadores trazadores y representativos, teniendo como fuentes los indicadores de los escenarios del documento prospectivo y los indicadores de los instrumentos de política del sector.



¹³ CEPLAN, 2015. Guía Metodológica de la Fase Estratégica, op. cit.



Tabla N° 2.1 Objetivos Estratégicos e Indicador y Acciones Estratégicas PESEM al 2021

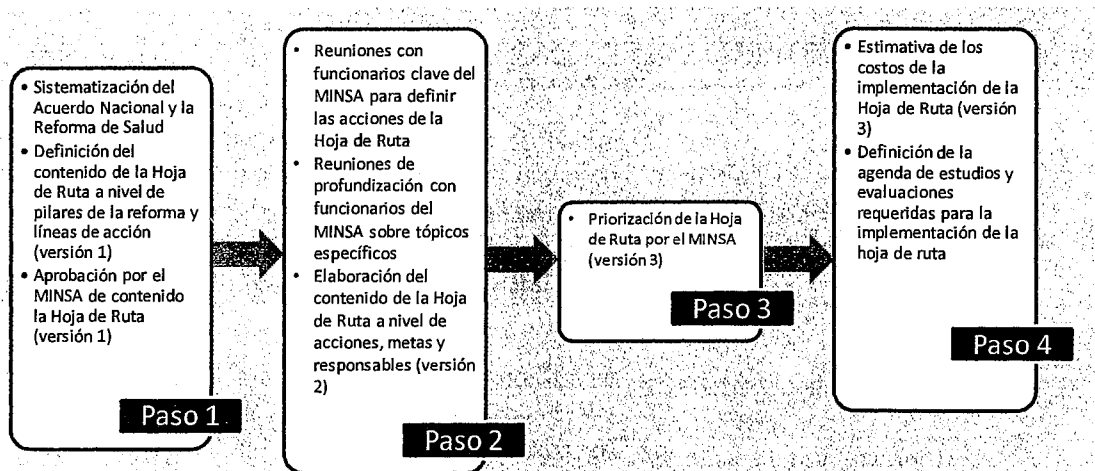
	INDICADOR	Línea base y año	META	Fuente de información	Responsable	ACCIONES ESTRATÉGICAS
			Año 5			
1. Mejorar la salud de la población.	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192,5 años por mil habitantes (2012)	172,54 por mil habitantes	MINSA	MINSA	Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal
						Reducir la Desnutrición Infantil y, anemia
						Controlar las enfermedades transmisibles
						Disminuir las enfermedades no transmisibles
						Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos
2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	80% 2015	97.0	SUSALUD	MINSA	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema.
						Expandir la Oferta de servicios de salud
						Modernizar la gestión de los servicios de salud
						Generar capacidades para el desarrollo e, implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.
3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	73,7 2015	90%	SUSALUD	MINSA	Fortalecer la Autoridad Sanitaria
						Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.
						Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública
						Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial

Fuente: Equipo de trabajo MINSA PESEM 2016

VI. Identificación de la Ruta Estratégica

La ruta estratégica consiste en la determinación del orden de prioridades a nivel de objetivos estratégicos y la secuencia lógica de sus correspondientes acciones estratégicas. El MINSA ha desarrollado un ejercicio de discusión y análisis específico. Esta sección se basa en el documento propuesta de Hoja de ruta para lograr los objetivos de reforma del Sector Salud al año 2021. El proceso de elaboración de dicho documento se detalla en el gráfico siguiente:



Grafico 2.1: Proceso de elaboración de la propuesta técnica de la Hoja de Ruta de la Reforma de Salud al 2021

Fuente: Producto 2: Hoja de ruta para lograr los objetivos de la reforma de Sector Salud al año 2021. Perú SCL/SPH. PE-T1327. Marzo 2016

De esta manera, en el PESEM se observa cómo están ordenados los objetivos (del 1 al 3) y sus correspondientes acciones. La priorización de los objetivos se elaboró sobre la base de su importancia para el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas, para lo cual se realizó la priorización de las acciones en función de su eficacia para alcanzar los objetivos.

Una vez concluido este ejercicio, se procedió a definir las metas tanto para los objetivos como para las acciones estratégicas. Una meta es el valor proyectado del indicador para hacer el seguimiento al logro de los objetivos estratégicos. El PESEM se elabora para 6 años, por lo que se formularon metas anuales para cada indicador del propósito de los objetivos estratégicos y de las acciones estratégicas. Para establecer las metas de los indicadores de las acciones estratégicas, se tomó como meta el valor estimado de la variable en la Fase de Análisis Prospectivo para las proyecciones del caso para el periodo de vigencia del documento estratégico. De manera similar, en el caso de indicadores de acciones estratégicas derivados de variables asociadas a instrumentos de política.¹⁴



¹⁴ Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN. Guía Metodológica de la Fase Estratégica para Sectores. Documento de Trabajo, Setiembre 2015. p. 34.

Tabla N° 2.2- Matriz de Ruta Estratégica: Objetivos Estratégicos

Prioridad de Objetivo	Objetivos Estratégicos Priorizados	Sustento legal
1	Mejorar la salud de la población	En cumplimiento de la política nacional desarrollada en el Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégica del Desarrollo Humano Sostenible basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos.
2	Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población	En cumplimiento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal 29344 y su reglamento que disponen el Aseguramiento Universal en Salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
3	Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.	En cumplimiento de la Ley 26842, Ley General de Salud, artículo 127-A y la séptima disposición complementaria, transitoria y final de la Ley General de Salud, que define al Ministerio de Salud como la Autoridad de Salud de nivel nacional y ente rector del sistema de salud.

Fuente: Equipo de trabajo MINSa PESEM 2016

La ruta de las acciones estratégicas define en cada caso la implementación de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de Salud Pública y sus determinantes sociales; destaca en ello, el fortalecimiento de capacidades sectoriales para la respuesta rápida ante riesgos y desastres, emergencias sanitarias, así como la prevención y atención de los mismos. La respuesta rápida en el marco de la Ley 30423, establece medidas para fortalecer la Autoridad de Salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población.

A continuación se describen cada una de las acciones estratégicas para luego definir la ruta estratégica de las mismas.

Acción estratégica 1.1: Reducir la mortalidad materna e infantil

La reducción de la mortalidad materna sigue siendo una prioridad de estado para el próximo quinquenio, para lo cual se continuará ejecutando intervenciones y acciones enfocadas a grupos de población vulnerable, para prevenir embarazos no deseados, atender complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque de interculturalidad en población pobre y de extrema pobreza, dado que la tasa de 93 por



100,000 nacidos vivos¹⁵, sigue siendo una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina.

La mortalidad neonatal, entre 0 y 28 días de vida (como componente importante de la mortalidad infantil), permanece alta en 9.8 niños por cada 1000 nacidos vivos¹⁶. Es predominante la defunción en los primeros siete días de nacidos (81%). Los principales problemas neonatales que causan la mortalidad son prematuridad, asfixia, infecciones, síndromes de dificultad respiratoria y malformaciones congénitas.

Dichas muertes son evitables con intervenciones efectivas y nada costosas como iniciar la lactancia materna a más tardar una hora después del parto, asegurar una práctica correcta con el cordón umbilical, ligándolo en el momento oportuno, mantener abrigado al bebé, reconocer señales de peligro y buscar ayuda, así como brindar cuidados especiales a los bebés con bajo peso al nacer, son ejemplos de medidas costo-efectivas que no incluyen medicamentos costosos ni tecnología compleja¹⁷.

Las intervenciones contenidas en el programa presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN) contribuyen a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, para lo cual se han establecido los productos y actividades costo efectivas que redundaran en la mejora de la salud de la madre y del recién nacido, incluye a las gestantes afiliadas al SIS. Por otro lado se viene brindando a los recién nacidos de las zonas más pobres un paquete de protección y atenciones que aseguren el cuidado del recién nacido.

Acción estratégica 1.2: Reducir la Desnutrición infantil y anemia:

El conjunto de acciones que se vienen realizando para disminuir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) durante estos últimos años han contribuido al desarrollo integral de la infancia que es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. El indicador que muestra los avances alcanzados es la tasa de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, que ha pasado de 19.5% en el año 2011 a 14.4% , el año 2015¹⁸ siendo una de las metas de los Objetivos del Milenio, alcanzadas.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégica del Desarrollo Humano Sostenible basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y el pleno ejercicio de los derechos humanos a



¹⁵ Fuente ENDES año 2014

¹⁶ Fuente: ENDES 2015

¹⁷ Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal año 2017. MCLCP Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN)

¹⁸ Fuente: ENDES año 2015



través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.

El programa presupuestal Articulado Nutricional (PAN) contribuye a la reducción de la desnutrición infantil, la anemia y enfermedades prevalentes de la infancia, por lo que el conjunto de intervenciones contenidas en el mismo están financiadas permitiendo sostener los esfuerzos desplegados a través de:

- Extender la implementación de intervenciones efectivas a los espacios de más difícil acceso por barreras geográficas y culturales para la reducción de Anemia y DCI.
- Profundizar esfuerzos para extender la suplementación con Multi-micronutrientes (MMM) para el niño y un paquete educativo dirigido al cuidador en particular en espacios de más difícil acceso por barreras geográficas y culturales.
- Mantener el programa "Salud Escolar" a través del plan Aprende Saludable que a la fecha ha atendido 2,4 millones de estudiantes de inicial y primaria de instituciones educativas públicas del ámbito Qali Warma con evaluación del estado nutricional, identificación de anemia, vacunación, evaluación de la agudeza visual (incluyendo la entrega de lentes) y examen estomatológico.
- Influir en las políticas multisectoriales para mejorar los determinantes sociales de la salud, cerrando las brechas de agua y saneamiento, así como la promoción de hábitos saludables.

Acción estratégica 1.3: Controlar las enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles comprenden el conjunto de daños generados por la transmisión de infecciones que afectan la salud¹⁹.

Durante los últimos años, la tendencia de la incidencia de tuberculosis ha ido disminuyendo gradualmente, desde una tasa de 95,7 x 100 mil Habitantes del 2010 a 87,5 x 100 mil Habitantes para el 2015. Respecto a la aparición de casos pulmonares con frotis pulmonar positivo, se ha reducido ligeramente de 14,350 casos en el año 2010 a 12,313 casos en el año 2015.

Las enfermedades metaxénicas son transmitidas por mosquitos, debido a lo cual las características del medio ambiente y sus cambios van a influir en la transmisión de estas enfermedades así como Las zoonosis tienen un reservorio animal, usualmente silvestre, lo cual hace difícil controlar su transmisión. Ambos tipos de enfermedades transmisibles se caracterizan por causar brotes o epidemias con un elevado número de casos y letalidad variada, pudiendo hacer colapsar los servicios de salud. Solamente la Fiebre Amarilla dispone de vacunas eficaces para evitar la enfermedad.

¹⁹ Las enfermedades transmisibles incluyen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), la Tuberculosis, VIH/SIDA, Hepatitis B, Metaxénicas endémicas (Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmaniosis, enfermedad de Chagas, Fiebre Amarilla) y Zoonosis endémicas (Rabia urbana y silvestre, Brucela, Peste, Carbunco, Leptospirosis, Equinocosis quística, Fasciola, Cisticercosis y accidentes por animales ponzoñosos).

A pesar de los avances, se deben redoblar esfuerzos para superar el abordaje eminentemente biomédico y lograr la acción multisectorial para superar los determinantes sociales del daño a ello contribuyen los programas presupuestales TBC-VIH y de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis.

En el próximo quinquenio es importante controlar y disminuir la prevalencia de las enfermedades transmisibles a través de:

- Fortalecer la cobertura de vacunación tanto del calendario de vacunación para niños, adolescentes, gestantes y adulto mayor.
- Proporcional el tratamiento adecuado y oportuno para el control de TB, del VIH-SIDA
- Extender la implementación de intervenciones efectivas para la reducción de las enfermedades metaxénicas.

Acción estratégica 1.4: Disminuir las enfermedades no trasmisibles

En el Perú, los cánceres que a nivel nacional presentan un mayor promedio de casos por año fueron los de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. Al analizarse los cánceres por localización topográfica y sexo, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14.9%) seguido del cáncer de estómago (11.1%) y el cáncer de mama (10.3%). En el sexo masculino predominaron el cáncer de próstata (15.1%), cáncer de estómago (15.1%) y el cáncer de piel (7.8%); mientras que, en el sexo femenino predominaron el cáncer de cérvix (24.1%), el cáncer de mama (16.6%) y el cáncer de estómago (8.6%)²⁰.

La diabetes mellitus presenta un crecimiento que alcanza el 3,2% de la población en el 2013, y se estima está en el 7% en el año 2015. Dada la mayor actividad de despistaje y captación de casos, es de esperar que se registre un mayor número de diagnósticos de esta enfermedad, por lo que se estima que la prevalencia estadística alcanzará al 8% en los próximos dos años y que los efectos de las intervenciones empezarán a reflejarse notoriamente a partir del año 2022.

El financiamiento a través del programa presupuestal de Enfermedades No Transmisibles, Diabetes, Cáncer y Salud Mental contribuye a la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades no trasmisibles, el mismo que para el caso de las gestantes afiliadas al SIS se complementa con las transferencias del SIS.

Por ello, en el próximo quinquenio es importante controlar y disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, en particular, la tasa de mortalidad por cáncer, a través de:

- Fortalecer el "Plan Esperanza": creado en el 2012 para prevenir y tratar el cáncer, realizándose desde esa fecha hasta fines del 2015 más de 7,8 millones de consejerías en cáncer. Asimismo, más de 4,7 millones de personas han sido



evaluadas para diagnóstico precoz de cáncer y más de 140 mil personas con cáncer han sido diagnosticadas y tratadas de forma gratuita. El Plan Esperanza ha sido reconocido por la OPS/OMS como un modelo a seguir en la región.

- Implementar los planes de prevención de enfermedades crónicas, en particular, Diabetes.
- Diseñar e implementar el plan de salud metal

Acción estratégica 1.5: Reducir los riesgos daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.

En el año 2016, se ha promulgado la Ley 30423, que establece medidas para fortalecer la Autoridad de Salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población. Esta Ley, se suma al DS 1156 que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones. La importancia de esta normativa, es que respetando el proceso de descentralización en curso, permitirá al MINSA intervenir en territorios específicos y de manera extraordinariamente si es necesario prevenir riesgos que por factores externos o incuria de las Direcciones Regionales y/o Gobiernos Regionales que afecten la salud de la población.

Por otro lado, en el país se vienen incrementando las lesiones o accidentes (causas externas) como causas de mortalidad y morbilidad; en los últimos años se cuenta con establecimientos y servicios de salud con atención de urgencias y emergencias que financiados a través del programa presupuestal reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas Los accidentes de tránsito, son los mayores contribuyentes en la letalidad de pacientes en emergencias de salud, que además son muertes evitables.

El financiamiento a través de los programas presupuestales Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres; así como la Reducción de la mortalidad por Emergencias y Desastre, justamente contribuyen a la reducción de la mortalidad y morbilidad por estas causas.

Acción estratégica 2.1: Incrementar la cobertura de aseguramiento de la población

Una de las principales preocupaciones del Sector Salud es la consolidación de la cobertura de aseguramiento en salud a la población buscando mecanismos de financiamiento para brindarles las atenciones de salud necesarias.

Con el propósito de cerrar las brechas de población sin seguro de salud se debe eliminar las restricciones de carácter normativo-administrativo y la Incorporación de un enfoque de protección a la población vulnerable ya sea por condición biológica y/o social, para la afiliación de recién nacidos, menores de 3 años y escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas.



Acción estratégica 2.2: Expandir la oferta de servicios de salud

Esta acción está orientada a expandir los servicios de salud, en forma eficiente, priorizando la atención primaria de salud, lo cual involucra:

- Fortalecer el planeamiento multianual de inversiones, haciendo vinculantes las decisiones del Comité Multisectorial de Inversiones de Salud (CMIS)
- Consolidar el planeamiento intergubernamental de inversiones en establecimientos estratégicos de los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS)
- Continuar la ejecución del plan de inversiones acordado por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, incluyendo las Asociaciones Público-Privadas y las Obras por Impuestos.

Acción estratégica 2.3: Modernizar la gestión de los servicios de salud

Esta acción está orientada a transitar hacia una gestión centrada en el paciente, que propenda a la atención integral, segura y oportuna, lo cual involucra:

- Implementar Redes Integradas de Atención Primaria de Salud –RIAPS.
- Implementar programa de modernización hospitalaria en los nuevos hospitales desde su puesta en operación.
- Fortalecimiento de los órganos de conducción de los hospitales y redes

Acción estratégica 2.4: Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, la investigación e información sanitaria

Esta acción está orientada a desarrollar criterios y procedimientos para aprobar la incorporación de tecnología y coadyuvar a la sostenibilidad del sistema de salud; incorporar tecnología digital para la gestión y atención de salud.

La Tele salud busca mejorar el acceso a los servicios de salud, utilizando las Tecnologías de Información y Comunicaciones como herramienta que permite ampliar su cobertura, mejorar la eficiencia en su entrega y promover una mayor igualdad entre los residentes en el Perú.



Acción estratégica 3.1: Fortalecer la Autoridad Sanitaria



Esta acción está orientada a la modernización del MINSa como autoridad sanitaria nacional, de forma de incrementar su capacidad de conducción del sistema de salud, de protección de la salud pública, de regulación de los ámbitos y mercados pertinentes y de la coordinación inter sectorial, intergubernamental y con actores institucionales clave.

Acción estratégica 3.2: Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.

Esta acción está orientada a salvaguardar los derechos en salud de los ciudadanos, en particular los asociados a la efectividad, calidad, seguridad y oportunidad de la atención de salud.

Acción estratégica 3.3: Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública

Esta acción está orientada a la creación e implementación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública que se constituya en un instrumento eficaz al ejercicio del rol del MINSA como Autoridad Sanitaria Nacional, requiere del desarrollo de nuevas capacidades, que se traducen en la puesta en funcionamiento de la nueva Dirección de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública (DMSP) de la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública, en el marco del nuevo ROF del MINSA.

Acción estratégica 3.4: Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial

Esta acción está orientada a implementar mecanismos de coordinación, cooperación y colaboración con los diferentes sectores del Ejecutivo con el objetivo de integrar o ampliar los ámbitos de impacto territorial y poblacional de los programas presupuestales o proyectos de inversión vigentes de estos sectores hacia las zonas o población vulnerables a los principales problemas en salud pública del país.

Tabla N° 2.3 Ruta Estratégica de las Acciones Estratégicas.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PRIORIZADOS	ACCIONES ESTRATÉGICAS	PRIORIDAD
1. Mejorar la salud de la población.	Reducir la Mortalidad Materna e Infantil	1
	Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	2
	Controlar las enfermedades transmisibles	3
	Disminuir las enfermedades no transmisibles	4
	Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos	5
2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población.	1



OBJETIVOS ESTRATEGICOS PRIORIZADOS	ACCIONES ESTRATEGICAS	PRIORIDAD
	Modernizar la gestión de los servicios de salud	3
	Generar capacidades para el desarrollo e, implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.	3
3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población	Fortalecer la Autoridad Sanitaria	1
	Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.	2
	Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública	3
	Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial	4



VII. Matriz de objetivos y acciones estratégicas incluyendo indicadores y valor basal y metas al 2021

Tabla N° 2.4: Matriz de objetivos y acciones estratégicas

Objetivos y acciones estratégicas	INDICADOR	Valor basal	Año	Fuente	Responsable	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021
OE1. Mejorar la salud de la población	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192,5 años por mil hab.	2012	CDC	MINSA	191,71 años por mil hab.				172,54 años por mil hab.
AE1. Reducir la Mortalidad Materna e Infantil	Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos)	93	2014	ENDES-INEI	OGIT- MINSA	90	85	80	75	menos de 70
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (x 1000 nac. vivos)	20	2014	ENDES-INEI	OGIT- MINSA	18	17	16	15	< 14 x 1,000 nv
AE1.2. Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	14.4	2015	ENDES-INEI	OGIT- MINSA	14.0	13.0	12.0	11.0	< 10
	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia	43.5%	2015	ENDES-INEI	OGIT- MINSA	40%	35%	30%	25%	20%
AE1.3. Disminuir las Enfermedades Transmisibles	Tasa de Incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (ESNTB)	87.5	2015	OGIT- MINSA	DGIESP-MINSA	81.5	78.5	75.5	72.5	69.5
	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 mil personas)	5.2	2011	CDC - MINSA	OGIT- MINSA	5				4
AE1.4. Controlar las enfermedades No Transmisibles	Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus	2.90%	2015	ENDES-INEI	DGIESP-MINSA	2.8		2		< 2
	Tasa de mortalidad por Cáncer por 100 000	107	2012	INEN	INEN-IGSS					
	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental	15.00%	2014	OGIT- MINSA	DGIESP-MINSA					35%
	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados	77.90%	2015	ENDES-INEI	DGIESP-MINSA					80%
AE1.5. Reducir los riesgos daños y/o lesiones originados por factores externos	Tasa de mortalidad por causas externas	69.20%	2015	CDC - MINSA	Dirección General de Prestaciones de Salud					59%
OE2. Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	73%	2015	ENAHO-INEI	MINSA	75%	77%	80%	85%	90%





PERÚ

Ministerio
de SaludDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Objetivos y acciones estratégicas	INDICADOR	Valor basal	Año	Fuente	Responsable	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021
AE2.1. Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población	Porcentaje de población afiliada al SIS	43.4%	2015	ENAHO-INEI	SIS- MINSA					
AE2. Expandir la oferta de los servicios de salud	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	34%	2014	ENAHO-INEI	MINSA					65%
AE2.3. Modernizar la gestión de los servicios de salud										
AE2.4. Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, investigación e información sanitaria										
OE3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	74%	2014	ENAHO	MINSA	75%	78%	80%	85%	90%
AE3.1: Fortalecer la Autoridad Sanitaria	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales	1	2016	MINSA	MINSA	3	2	1	1	1
AE3.2: Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos	Tiempo de espera en consulta ambulatoria	104 minutos	2015	SUSALUD	MINSA	90	80			45
AE3.3 :Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública.	Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública	0	2016	MINSA	MINSA	1	1	1	1	1
AE3.4: Reforzar los arreglos inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial en salud	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas la políticas").	2	2016	MINSA	MINSA	1	1	1	1	1

Fuente: SECCOR y Equipo de trabajo MINSA PESEM 2016



Anexos

1. Proyectos de inversión pública de impacto sectorial

La inversión pública en salud está regulada por la Ley N° 28802, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, el Reglamento y Directiva General y normas complementarias; así como por las Leyes Anuales de Presupuesto y de Endeudamiento del Sector Público. Asimismo, en el marco de la Ley N° 30073, que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud, el Ministerio de Salud dictó el Decreto Legislativo N° 1157 que tiene como objeto dictar medidas destinadas a regular la gestión de la inversión pública en salud, mediante mecanismos e instrumentos técnicos que permitan mejorar su eficiencia y eficacia con el propósito de cerrar las brechas en el acceso y calidad de los servicios de salud.

En dicho contexto, mediante Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA, se establecieron 748 Establecimientos Estratégicos (EESS Estratégicos) en todo el país, con el objeto de fortalecer el primer nivel de atención (centros de salud local y provinciales) para evitar que la población acuda a los grandes hospitales (regionales y nacionales) por dolencias menores, mejorando la infraestructura, equipamiento, dotación de recursos y ampliación de la cartera de servicios.

Es preciso señalar que el Documento Técnico: "Lineamientos para las Intervenciones de Inversión Sectorial en Salud que contribuyan a Disminuir la Desnutrición crónica Infantil (DCI)", aprobado por Resolución Ministerial N° 983-2012/MINSA, define al Establecimiento de Salud Estratégico, como el establecimiento de salud con capacidad resolutive de mediana complejidad, que puede atender las necesidades de atención de salud más frecuentes en un radio de dos horas para la atención no quirúrgica y de cuatro horas para la atención quirúrgica. Es parte de la estrategia de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y redes de servicios de salud que promueve el sistema nacional de salud.

Esta priorización se ha realizado a través de dos procesos:

El **primer proceso**, denominado "Delimitación de Redes Funcionales y Selección de Establecimientos Estratégicos", ha permitido priorizar establecimientos de salud con los cuales se estima responder a las necesidades de la demanda. Los criterios han sido los siguientes:

1. Patrones de uso actual de servicios de salud.
2. Tiempos de desplazamiento entre los centros poblados y los establecimientos de salud.

Como resultado de la aplicación de este proceso, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales han identificado un listado de 748 establecimientos de salud en todo el país (Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA y Resolución Ministerial N° 997-2012/MINSA).

El **segundo proceso**, denominado Identificación de Necesidades de Inversión de los Establecimientos de Salud Estratégicos, ha permitido identificar y estimar necesidades de inversión en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención. El criterio de priorización ha sido:





- Análisis de la demanda y oferta futura de servicios de salud en el marco de lo que ofrece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), utilizando parámetros y criterios establecidos por la metodología de Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud aprobados por Resolución Ministerial N° 577-2011/SA.

Como resultado de la aplicación de este proceso y con la asistencia técnica del Ministerio de Salud a los Gobiernos Regionales, se identificaron necesidades de inversión en 278 establecimientos estratégicos de nueve departamentos (Amazonas, Cajamarca, San Martín, Huánuco, Pasco, Huancavelica, Ayacucho, Puno y Ucayali).

En el presente año está previsto gestionar 173 proyectos de inversión en sus diferentes fases con un monto de inversión de 1,087 millones de soles. Cabe resaltar que de los 72 proyectos que se prevén se encuentren en operación en el año, se espera que 51 sean inaugurados antes del cambio de gobierno (julio 2016). La población beneficiaria no es acumulable en tanto los establecimientos operan en redes de servicios y la suma de las partes puede superar la población nacional, pero dado que están involucradas todas las regiones, alcanza los 30.6 millones de habitantes.

Tabla N° 3.1 Listado de proyectos con código SNIP vigente, monto de inversión y población beneficiada.

PROYECTOS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y ETAPA	N°	INVERSION S/.	POBLACION BENEFICIARIA
EES ESTRATÉGICOS	6	143,187,535.0	468,584
EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)	3	111,196,950.0	74,343
OBRA EN EJECUCIÓN	1	10,288,349.0	313,751
PERFIL EN FORMULACIÓN	1	2,000,000.0	30,753
PERFIL VIABLE	1	19,702,236.0	49,737
ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO ESTRATÉGICO	13	130,395,209.0	87,553
EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)	11	65,187,882.0	23,743
OBRA EN EJECUCIÓN	1	7,656,296.0	8,541
RECEPCIÓN DE EQUIPOS	1	57,551,032.0	55,269
HOSPITAL LOCAL	3	305,495,031.0	714,886
OBRA EN EJECUCIÓN	2	235,495,031.0	697,447
PERFIL EN FORMULACIÓN	1	70,000,000.0	17,439





HOSPITAL NACIONAL	1	277,993,156.0	1,322,374
EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)	1	277,993,156.0	1,322,374
HOSPITAL PROVINCIAL (ESTRATÉGICO)	26	1,859,360,486.0	4,935,642
EN PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE EXPEDIENTE TÉCNICO Y OBRA	6	249,728,207.0	3,300,663
EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)	8	543,648,740.0	430,468
OBRA EN EJECUCIÓN	8	830,724,386.0	895,265
PERFIL CONCLUIDO, CON OPINIÓN FAVORABLE DE Minsa	1	34,016,961.0	62,456
PERFIL EN FORMULACIÓN	2	129,297,569.0	144,661
PERFIL VIABLE	1	71,944,623.0	102,129
HOSPITAL REGIONAL	11	2,710,609,448.0	5,326,504
EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)	1	281,163,682.0	324,498
FORMULACIÓN DE ESTUDIOS DE PREINVERSIÓN	1	234,067,947.0	42,429
OBRA EN EJECUCIÓN	6	1,579,826,081.0	829,912
OBRA EN EJECUCIÓN (PRIMERA PIEDRA)	1	182,856,760.0	780,411
PERFIL EN FORMULACIÓN	1	151,691,882.0	56,862
PRESENTACIÓN IP	1	281,003,096.0	3,292,392

2. Plantilla de articulación

A continuación, se presenta la articulación entre el Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM, del Sector Salud y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional aprobado por el Acuerdo Nacional en marzo del 2011. Esta articulación muestra cómo contribuye el cumplimiento de las metas establecidas por los indicadores de objetivos y acciones sectoriales, respecto a los objetivos nacionales.

En materia de Salud, el PESEM contribuye en específico al Objetivo Nacional II: *Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos*, y a los objetivos específicos 2 (*Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad*) y 3 (*Seguridad alimentaria, con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes*).



Tabla N° 3.2 Matriz Plantilla de Articulación

Objetivo nacional	Objetivo Nacional Específico	Indicador	Línea base	Metas nacionales		Objetivo estratégico del PESEM	Indicador	Línea base	Meta
				2016	2021				
OBJETIVO NACIONAL II: Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos	Objetivo específico 2: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad	Tasa de mortalidad infantil (INEI-ENDES)	(2009) 20 por mil nacidos vivos	....	15 por mil nacidos vivos	Mejorar la salud de la población	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (x 1000 nac. vivos) (INEI) (*)	2015 27	13
		Razón de muerte materna (INEI-ENDES)	(2009) 103 por cien mil nacidos vivos	....	46 por cien mil nacidos vivos		Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos) (DGE) (*)(*)	2015 (nacional) 83.6	69
		Población con acceso a un seguro de salud (INEI, Censo de Población y Vivienda)	(2007) 35%	....	100%	Ampliarla cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Población afiliada a un seguro de salud	80% 2015	97%
	Objetivo específico 3: Seguridad alimentaria, con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes	Tasa de desnutrición crónica infantil (INEI- ENDES)	(2009) 18,3%	....	16,7%	Mejorar la salud de la población	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS) (*)(*)(*)	2015 14.6%	10%
		Tasa de anemia en mujeres en edad fértil (MEF) (INEI- ENDES)	(2005) 29%	....	10%		Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia (ENDES) (*)(*)(*)	2015 46.8%	20%

(*) Es indicador de la acción "Reducir las muertes perinatal, neonatal e infantil".

(*)(*) Es indicador de la acción "Realizar acciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna".

(*)(*)(*) Es indicador de la acción "Informar a la población sobre el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil".



3. Glosario de términos

Atención Primaria de Salud: La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978).

Ciudades saludables: Una ciudad saludable es aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades (Terminología de la Conferencia Europea de Salud, Sociedad y Alcohol, OMS, Copenhague, 1995).

Condiciones de vida: Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la *salud*, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo (*World Health Organization*. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

Determinantes de la salud: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (*World Health Organization*. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

Enfermedad crónica: Enfermedad no transmisible de lento desarrollo que daña progresivamente uno o más órganos por largo tiempo; toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

Enfermedad metaxénica: Enfermedad cuyos agentes causales cumplen su ciclo evolutivo en dos o más huéspedes de distintas especies. Principalmente, cuando interviene como huésped intermediario un invertebrado artrópodo (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Enfermedad transmisible: Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión del mismo agente o sus productos, de una persona o animal infectado o de un reservorio inanimado a un huésped susceptible. La transmisión puede ser en forma directa o indirecta a través de un huésped intermediario (de naturaleza vegetal o animal) o por un vector o por un agente inanimado (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Epidemia: Manifestación de casos de una enfermedad (o un brote), en una comunidad o región, con una frecuencia que exceda netamente a la incidencia normal prevista (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).





Establecimiento de Salud Categoría I-4. Establecimiento de salud del primer nivel de atención que brinda atención: integral ambulatoria, comunitaria y recuperativa básica, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables. Cuenta por lo general con personal técnico y profesional médico, enfermera y obstetra, puede contar con profesionales en especialidades básicas, así mismo con servicios de internamiento y brinda atención integral las 24 horas (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

Establecimiento de Salud Categoría II-1: Establecimiento de salud del segundo nivel de atención, realiza actividades de prevención, recuperación y resuelve complicaciones leves a moderadas. Cuenta con profesionales en cuatro especialidades (medicina interna, pediatría, gineco obstetricia y cirugía). La atención por lo general es de 24 horas (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

Establecimiento de Salud Categoría II-2: Establecimiento de salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de ámbito referencial, brindando atención integral especializada en forma ambulatoria y hospitalaria, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, con atención las 24 horas (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

Establecimiento de Salud Categoría III-1: Establecimiento de salud del tercer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgico de alta complejidad para los casos que requieren cuidados intensivos (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

Establecimiento de Salud Categoría III-2: Es el establecimiento de salud del tercer nivel de atención del ámbito nacional, que propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados, que contribuye a resolver los problemas prioritarios de salud (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

Estilo de vida (estilos de vida que conducen a la salud): El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales (*World Health Organization. Promoción de la Salud: Glosario. 1998*).

Factor de riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (*World Health Organization. Promoción de la Salud: Glosario. 1998*).





Gasto de bolsillo: Pagos efectuados por algún(os) miembro(s) del hogar para la atención de una necesidad en salud. Cuando este gasto proviene del denominado "bolsillo", es decir, es efectuado directamente, se le denomina "gasto de bolsillo"; cuando proviene de un pago previo previsional, es decir por la compra de primas, se le menciona "gasto en seguros de salud y accidentes" (OMS, 2010).

Incidencia: Es el número de casos nuevos que aparecen en un período de tiempo dado, en una población conocida (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Letalidad: Número de defunciones ocurridas en un grupo afectado por un daño determinado (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Medicamento. Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos, que puede o no contener excipientes, que es presentado bajo una forma farmacéutica definida, dosificado y empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado (Glosario de términos. DIGEMID).

Morbilidad: Cualquier cambio en el estado de bienestar físico o mental. Puede expresarse en términos de personas enfermas. Mortalidad Defunciones ocurridas en la población (sana o enferma), en un período y lugar determinados (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Muerte perinatal: La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida.

Pandemia: Epidemia que ocurre en todo el mundo o afecta un área muy amplia; cruzan los límites internacionales y afecta a un número grande de personas (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Población en riesgo: Grupo de habitantes de un país o área determinada que presentan factores personales, sociales y/o ambientales que condicionan o facilitan la adquisición de una o más enfermedades (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Resultados intermedios de salud: Los resultados intermedios de salud son cambios producidos en los *determinantes de la salud*, especialmente cambios en los *estilos de vida* y en las *condiciones de vida*, que son atribuibles a una intervención o intervenciones planificadas, incluyendo la *promoción de la salud*, la *prevención de la enfermedad* y la *atención primaria de salud* (World Health Organization. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

Salud sexual: La salud sexual es la capacidad de mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad y de hacerlo sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación. La salud sexual significa ser capaz de tener una vida sexual informada, gozosa y segura basada en la autoestima, un acercamiento positivo a la





PERÚ

Ministerio
de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

sexualidad humana y respeto mutuo en las relaciones sexuales. La salud sexual intensifica la vida, las relaciones personales y la expresión de la propia identidad sexual. Es positivamente enriquecedora, incluye placer e incrementa la autodeterminación, la comunicación y las relaciones (*International Women's Health Coalition: Health, Empowerment, Rights and Accountability* (HERA) Action Sheets, 1999: http://www.iwhc.org/storage/iwhc/documents/heraactionsheets_sp.pdf)

Tele-salud: La Telemática en Salud corresponde al suministro de servicios de salud por profesionales, para los cuales la distancia constituye un factor crítico, haciendo uso de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) en pos de intercambiar información válida para realizar diagnósticos, preconizar o efectuar tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes, para actividades de investigación y evaluación, así como para la formación continuada de los proveedores de cuidado en salud, de manera general para mejorar la calidad de la salud del individuo y de las comunidades (*Telesalud en las Américas*, Comisión Interamericana de Telecomunicaciones Organización de los Estados Americanos, 2003).

Vector. Portador que transfiere un agente infeccioso de un huésped a otro. Principalmente es un animal (generalmente un artrópodo) (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

Zoonosis. Una infección o enfermedad infecciosa transmisible, en condiciones naturales, de los animales vertebrados a los seres humanos (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).





PERÚ

Ministerio
de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

3. Fichas descriptivas por indicador





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

NOMBRE DEL INDICADOR	Razon de años de vida saludables perdidos (AVISA)				
DEFINICION	Los AVISA perdidos miden el impacto de diferentes enfermedades sobre la población, en una sociedad determinada, expresados en unidades de tiempo; así, permiten señalar los años de vida que se pierden debido a muertes prematuras o que se viven con una discapacidad; indicador que se construye con base a diferentes fuentes de información. Los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la incidencia y duración de la discapacidad en la población				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>192,5 años por mil habitantes</td> <td>2012</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	192,5 años por mil habitantes	2012
Linea de base o valor base	Año				
192,5 años por mil habitantes	2012				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>192,5 años por mil habitantes</td> <td>2012</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	192,5 años por mil habitantes	2012
Valor actual	Año				
192,5 años por mil habitantes	2012				
JUSTIFICACION	Medida basada en tiempo que SUMA los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) ponderados por la severidad de la discapacidad.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Aun existe importantes problemas respecto al desconocimiento de las recomendaciones para la certificación de las causas de muerte publicadas en la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	La formula para el calculo de AVISA se muestra en la siguiente funcion integral: $\int_{x=a}^{x=a+L} DCxe^{-\beta x} e^{-r(x-a)} dx$ <p>Donde :</p> <ul style="list-style-type: none"> D: valor ponderado de la discapacidad (entre 0 y 1) X: Edad a: Edad de inicio de la discapacidad (tabla West 26 modificada) L: Duracion de la discapacidad β: Parametro de ponderacion de la edad ($\beta=0.04$) C: Constante de ajuste de la ponderacion de la edad ($C=0,1658$) r: Tasa de descuento social ($r=0.03$) $Cxe^{-\beta x}$: Valor del tiempo vivido a diferentes edades 				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Bianual				
FUENTE DE DATOS	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA				





PERÚ

Ministerio
de Salud

FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Centro Nacional de Epidemiologia, Prevencion y Control de Enfermedades- MINSA
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Centro Nacional de Epidemiologia, Prevencion y Control de Enfermedades-MINSA





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.1: Reducir la Mortalidad Materna e Infantil

NOMBRE DEL INDICADOR	Razón de Mortalidad Materna (por cada 100.000 nacidos vivos)				
DEFINICION	La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales). La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más usada.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>93 X 100,000</td> <td>2010</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	93 X 100,000	2010
Linea de base o valor base	Año				
93 X 100,000	2010				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>93 X 100,000</td> <td>2010</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	93 X 100,000	2010
Valor actual	Año				
93 X 100,000	2010				
JUSTIFICACION	<p>El ratio de mortalidad materna es un indicador que refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer.</p> <p>En los países en desarrollo como el Perú son poco frecuentes los sistemas de registro de estadísticas vitales de calidad aceptable. Uno de los principales problemas es que las zonas rurales las mujeres no tienen acceso a servicios salud, a través de los cuales se recolectan dichas estadísticas. Por ello, la alternativa más frecuente en países en desarrollado es el calcular la mortalidad materna utilizando datos de encuestas demográficas y de salud, tal como se hace en el Perú sobre la base de la encuesta ENDES.</p>				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	<p>Si bien el método de la hermandad femenina reduce el tamaño de la muestra necesaria, da lugar a estimaciones que abarcan entre 6 y 12 años antes de la encuesta, lo que hace que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones. Otro problema asociado al uso del método de hermandad femenina es el de la recordación. Si ya es bastante complicado para una mujer recordar el momento de la muerte de una hermana, dato necesario para identificar la muerte materna, el recordar además su edad al momento de morir, las razones de su muerte o si ella se encontraba o no embarazada puede producir sesgos adicionales en las estimaciones de la mortalidad materna a partir de dicho método.</p> <p>Otro supuesto asociado al problema de recordación es que las muertes reportadas</p>				





PERÚ

Ministerio
de Salud

	de las madres mientras estuvieron embarazadas y hasta 42 días después del parto se deben a alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento y que por tanto excluyen las muertes ocasionadas por eventos accidentales o incidentales durante dicho espacio de tiempo. Evidentemente, el problema radica en la dificultad de la entrevistada para distinguir entre dichos eventos, y representa una limitación general en el cálculo de la mortalidad materna sobre la base de encuestas de hogares.
FORMULA O METODO DE CALCULO	Numerador: Número de muertes maternas dadas en el periodo de referencia. Denominador: Número de nacidos vivos en el periodo de referencia. La tasa de mortalidad materna puede calcularse dividiendo las muertes maternas estimadas por el total de nacidos vivos estimados en el mismo periodo y multiplicando el resultado por 100.000.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Quinquenal
FUENTE DE DATOS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.1: Reducir la Mortalidad Materna e infantil

NOMBRE DEL INDICADOR		Tasa de mortalidad de menores de cinco años (100 nacidos vivos)					
DEFINICION	La tasa de mortalidad de menores de cinco años es la probabilidad por cada 1.000 que un recién nacido muera antes de cumplir cinco años de edad, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad del año especificado.						
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional						
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 x 1000 nacidos vivos</td> <td>2014</td> </tr> </tbody> </table>			Linea de base o valor base	Año	20 x 1000 nacidos vivos	2014
Linea de base o valor base	Año						
20 x 1000 nacidos vivos	2014						
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 x 1000 nacidos vivos</td> <td>2014</td> </tr> </tbody> </table>			Valor actual	Año	20 x 1000 nacidos vivos	2014
Valor actual	Año						
20 x 1000 nacidos vivos	2014						
JUSTIFICACION	La mortalidad en la niñez es un indicador importante del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños y niñas, y también de su situación nutricional. Evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud.						
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Un problema asociado al monitoreo de la mortalidad es el hecho de que la misma se calcula agregando data de varios años, originando en algunos casos que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones, ya que se analizan a la vez distintas cohortes de nacimientos, las cuales pueden haber sido sujetos de distintos mecanismos de intervención.						
FORMULA O METODO DE CALCULO	Numerador: Número de niños menores de cinco años que fallecen Denominador: Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia. Método de Cálculo: (Número de niños menores de cinco años que fallecen / Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia.) X 1000						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Quinquenal						
FUENTE DE DATOS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES						
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES						
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI						





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.2: Reducir la Desnutrición Crónica Infantil

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)				
DEFINICION	Es el porcentaje de niños menores de 5 años cuya Talla para la Edad está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (patrón OMS).				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14.4%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	14.4%	2015
Linea de base o valor base	Año				
14.4%	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14.4%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	14.4%	2015
Valor actual	Año				
14.4%	2015				
JUSTIFICACION	Este Indicador ayuda a determinar la salud de la población menor de 05 años y determina el desarrollo de una población.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	<ul style="list-style-type: none"> -El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos antropométricos. -Dificultades en el recojo del dato antropométrico. -Sub registro e inadecuado reporte del dato. 				
FORMULA O METODO DE CALCULO	<p>Numerador: Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS</p> <p>Denominador: Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla</p> <p>Método de cálculo:</p> <p>Desnutridos(OMS)= (Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS / Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla) x 100</p>				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Semestral - Anual				
FUENTE DE DATOS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSAL - Ministerio de Salud - MINSAL				





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.2: Reducir la Desnutrición Crónica Infantil y anemia

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses con anemia por encuesta ENDES				
DEFINICION	La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad sexo y altitud. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica una anemia por deficiencia de hierro.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.5%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	43.5%	2015
Linea de base o valor base	Año				
43.5%	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.5%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	43.5%	2015
Valor actual	Año				
43.5%	2015				
JUSTIFICACION	Este Indicador ayuda a determinar la salud de la población menor de 05 años y determina el desarrollo de una población.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	-El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos para dosaje de hemoglobina. -Dificultades en el recojo de la muestra a analizar. -Sub registro e inadecuado reporte del dato.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	Numerador: Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia, hijos de las mujeres entrevistadas. Denominador: Total de Niños de 6 a menos de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas. Método de cálculo: $Anemia = (Niños\ de\ 6\ a\ menos\ de\ 36\ meses\ con\ anemia / Total\ de\ niños\ de\ 6\ a\ menos\ de\ 36\ meses\ evaluados) \times 100$				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Semestral - Anual				
FUENTE DE DATOS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA				





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.3: Disminuir las enfermedades Transmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (TITBC)				
DEFINICION	La Incidencia de Tuberculosis representa la cantidad de nuevos casos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (forma bacilifera) entre la población total.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87.5</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	87.5	2015
Linea de base o valor base	Año				
87.5	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87.5</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	87.5	2015
Valor actual	Año				
87.5	2015				
JUSTIFICACION	Este indicador medirá los casos nuevos de Tuberculosis en su forma infecto-contagiosa en la población. El propósito de este indicador es evaluar la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la enfermedad.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> El indicador representa la incidencia de TBP FP registrada oficialmente, pueden existir casos de tuberculosis en el sector privado no registrados y no notificados. <p>Supuestos Empleados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos los casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, en la red de servicios del Ministerio de Salud, están registrados y son notificados. Las instituciones como Es Salud, Sanidad de la Fuerzas Armadas y PNP, INPE, Municipalidades notifican los casos a las Direcciones de Salud de sus jurisdicciones. Se tiene una cobertura de información al 100% de las unidades notificantes. <p>Se mantiene un nivel constante en la búsqueda de casos entre los Sintomáticos Respiratorios Identificados.</p>				
FORMULA O METODO DE CALCULO	$TITBC = \frac{\text{Número Total de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar} \times 100\,000}{\text{Población Total}}$				
PERIODICIDAD DE LAS	Anual				





MEDICIONES	
FUENTE DE DATOS	Informe Operacional de Tuberculosis-ESN PCT Libro de registro de casos de Tb Sensible
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Boletín Epidemiológico - MINSA Sistema Resulta - MEF
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)-MINSA





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.3: Disminuir las enfermedades Transmisibles

TITULO DEL INDICADOR	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 mil personas) (DGE)				
DEFINICION	Son los casos nuevos con diagnóstico de infección por VIH determinados en estudios de vigilancia en población clave: Trabajadoras sexuales (TS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y Transgenero en el periodo.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.2</td> <td>2011</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	5.2	2011
Linea de base o valor base	Año				
5.2	2011				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.2</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	5.2	2015
Valor actual	Año				
5.2	2015				
JUSTIFICACION	Existe elevada prevalencia e incidencia de VIH en población clave, principalmente en población Trans y hombres que tienen sexo con hombres. El Perú cuenta con una epidemia de infección por VIH concentrada. La vigilancia desempeña un papel fundamental en salud pública. Los sistemas de vigilancia del VIH monitorean la magnitud y las tendencias en la prevalencia de infección y comportamiento de riesgo.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	La incidencia de VIH en población clave se establecen a través del estudio de Vigilancia Centinela, el último fue realizado en el año 2011 realizado en los establecimientos de salud: Centros de Referencia de ITS (CERITS) y UAMP en 5 lugares seleccionados a nivel País. Falta de presupuesto no permite realizar el estudio de vigilancia con la periodicidad propuesta.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	$IVIH = \frac{N^{\circ} \text{ de casos VIH nuevos en población de alto riesgo} \times 10\,000}{\text{Total población estimada}}$				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Cada 2 años				
FUENTE DE DATOS	Estudio de Vigilancia Centinela - DGE				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Boletín Epidemiológico -MINSA Sistema Resulta - MEF				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)-MINSA				





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.4 : Controlar las enfermedades NoTransmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR					
DEFINICION	El reporte de diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "diabetes mellitus", "diabetes", o "azúcar alta en la sangre" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Línea de base o valor base	Año	2.9	2015
Línea de base o valor base	Año				
2.9	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	2.9	2015
Valor actual	Año				
2.9	2015				
JUSTIFICACION	La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Es probable que las personas no conozcan o no recuerden el diagnóstico. También es posible que la gente responda en forma positiva esperando algún beneficio o respondan en forma negativa por algún temor asociado a la enfermedad. En cualquier caso no es posible predecir la dirección del reporte; pero podría ser más probable un subreporte. Por este motivo es de importancia realizar una medición concurrente				
FORMULA O METODO DE CALCULO	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual				
FUENTE DE DATOS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA				





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.4 : Controlar las enfermedades NoTransmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental.				
DEFINICION	El Porcentaje de personas atendidas en el establecimiento de salud que son tamizadas por trastornos mentales y problemas psicosociales, con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales, en las personas.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LÍNEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15.0</td> <td>2014</td> </tr> </tbody> </table>	Línea de base o valor base	Año	15.0	2014
Línea de base o valor base	Año				
15.0	2014				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.0</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	22.0	2015
Valor actual	Año				
22.0	2015				
JUSTIFICACION	<p>Las personas que son atendidas en el establecimiento de salud son tamizadas con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales.</p> <p>El indicador garantiza que el establecimiento de salud considere en su programación la detección de las personas con enfermedad mental o problemas psicosociales.</p>				
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	<p>Limitaciones: El no registro en el formato HIS y no seguimiento del cumplimiento de la programación.</p> <p>Supuestos: Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados.</p>				
FORMULA O METODO DE CALCULO	$PTSM = \frac{\text{Número de personas tamizados por salud mental}}{\text{Número de personas atendidas (casos nuevos y reingresos)}} \times 100$ <p>por todas las morbilidades del establecimientos de salud</p>				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual				
FUENTE DE DATOS	Codificación de actividades de Salud Mental Registros HIS - MINSA				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Boletín Epidemiológico - MINSA Sistema Resulta - MEF				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)- MINSA				





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.4: Controlar las enfermedades NoTransmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados					
DEFINICION	El examen de Papanicolaou o examen citológico es uno de los procedimientos en el que se toman muestras del epitelio cervical (zona de transición) en búsqueda de anomalías celulares, con prioridad a las mujeres de 25 a 60 años. El Papanicolaou se tomará anualmente por 3 años consecutivos y posteriormente cada 3 años hasta los 60 años siempre y cuando todos los resultados sean normales.					
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional					
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Línea de base o valor base	Año	77.9	2015	
Línea de base o valor base	Año					
77.9	2015					
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	77.9	2015	
Valor actual	Año					
77.9	2015					
JUSTIFICACION	<p>Según la ENDES 2015 las mujeres de 30 a 59 años de edad el 77,9% se realizaron la prueba en los últimos 3 años de este grupo. Esto nos indica un ascenso en las coberturas de la toma de la Prueba, sin embargo aún no se ha superado la entrega de los resultados al 100%, es donde aún debemos persistir.</p> <p>La prueba de Papanicolaou (PAP), utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones pre-malignas, significa un avance en la prevención temprana de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres con vida sexual activa en tanto es importante conocer las cifras estadísticas de esta actividad mediante el uso de registros administrativos para conocer las tendencias de acuerdo a las coberturas alcanzadas.</p>					
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Generalmente solo se tamizarán a las mujeres que acuden a los consultorios específicos, por otro lado de las pacientes de este grupo de edad que acuden a los establecimientos de salud no todas acceden a realizarse la prueba pese a que la prueba es sencilla y no implica mayor costo debido a desconocimiento, creencias, etc.					
FORMULA O METODO DE CALCULO	Numerador <u>Número de mujeres de 30 a 59 años con examen de Papanicolaou</u> Denominador <u>Número de mujeres de 30-59 a 60 años asignadas al establecimiento</u>					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual					
FUENTE DE DATOS	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Registro HIS-MINSA					
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Ficha HIS de recojo de la información requerida					
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)- MINSA					





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 3: Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1.4 : Controlar las enfermedades NoTransmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de mortalidad por cáncer por 100 Mil.					
DEFINICION	La tasa de mortalidad por cáncer es el número de fallecidos por cáncer durante un año por cada 100,000 personas.					
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	NACIONAL					
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>107</td> <td>2012</td> </tr> </tbody> </table>		Linea de base o valor base	Año	107	2012
Linea de base o valor base	Año					
107	2012					
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115</td> <td>2013</td> </tr> </tbody> </table>		Valor actual	Año	115	2013
Valor actual	Año					
115	2013					
JUSTIFICACION	<p>La tasa de mortalidad por cáncer es un indicador del estado de salud de la población, sirve para evaluar el bienestar global de una población. Generalmente en los países menos desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más alta, mientras que en los más desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más baja.</p> <p>La tasa de mortalidad es un indicador que puede determinar de manera indirecta las condiciones de salud de la población</p> <p>La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanta más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.</p>					
SENTIDO DEL INDICADOR	Este indicador se encuentra como indicador de resultado final en el Programa Presupuestal de Prevencion y Control de Cancer 024, así mismo como indicador de resultado del Plan Nacional para la Atención integral y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos del Peru - "Plan Esperanza".					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Respecto a las limitaciones, la información proveniente de la mortalidad registrada puede verse alterada en cualquier etapa de su producción: recolección de datos y llenado de formularios, codificación, procesamiento de datos y cómputo posterior. Los indicadores que se obtienen a partir de estos (como el número de casos y la distribución de casos por causa) y que cumplen una función en la elaboración de las tasas de mortalidad pueden sufrir modificaciones en el numerador y el denominador. Por consiguiente, es imprescindible conocer las condiciones en las cuales se generan las estadísticas y los problemas que surgen al producirlas para tenerlos en cuenta en su interpretación y uso correctos. De esta forma se pueden					





aplicar procedimientos para corregir los problemas y mejorar la calidad y la confiabilidad de las estadísticas. ¹



¹ PAHO. Boletín Epidemiológico Vol. 24 Nº4 http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n4-mortalidad.htm



FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Mejorar la salud de la población

ACCIÓN ESTRATÉGICA 1.5: Reducir los riesgo, daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.

TIPO DEL INDICADOR	Tasa de mortalidad por causas externas				
DEFINICION	Estima la magnitud de personas fallecidas producto de una urgencia o emergencia médica, las que incluyen los accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, violencia urbana y otros				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015
Linea de base o valor base	Año				
69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015
Valor actual	Año				
69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015				
JUSTIFICACION	El presente indicador proporciona una información importante para medir la efectividad de las diferentes estrategias y acciones implementadas, en la búsqueda de la reducción de la mortalidad en las emergencias y urgencias médicas. Es también favorable que el indicador se mida en base a una encuesta nacional y reportes de organizaciones continentales (OPS).				
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	No está actualizada la base de datos. En el caso de encuestas el supuesto es que todas las personas encuestadas, recuerdan las causas de la muerte de un familiar (expresamente de sus hermanos). Esto tiene alto grado de confiabilidad, sin embargo existirá un margen de error para las personas que no tienen buenos lazos familiares.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	$TMCE = N^{\circ} \text{ de fallecidos por causas externas } \times 100,000 \text{ hab.}$ Donde causa externa se refieren a los accidentes				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual				
FUENTE DE DATOS	Sistema de Indicadores RESULTA				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Sistema de indicadores RESULTA				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Dirección General de Prestaciones de Salud (DIGEPRES)				





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 2: Ampliar el acceso de aseguramiento para la protección en salud

Acción Estratégica 2.1 : Incrementar la cobertura de aseguramiento de la población pobre y pobreza extrema

NOMBRE DEL INDICADOR					
DEFINICION	Este indicador mide el porcentaje de personas afiliadas a un seguro de salud, sea este publico o privado, a nivel nacional en el período de un año.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Por todo tipo de seguro (ESSALUD, SIS, Con otros seguros)				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73²</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	73 ²	2015
Linea de base o valor base	Año				
73 ²	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	73	2015
Valor actual	Año				
73	2015				
JUSTIFICACION	El indicador de población afiliada a un seguro de salud refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la población.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	La calidad del dato en la base podria generar sesgo en el resultaod del indicador, por lo que se sugiere depurar y limpiar la data.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	<p>Numerador: N° de Personas residentes en el pais, afiliadas a algun seguro de salud (subsidiado, semicontributivo, contributivo), a nivel de todo el territorio nacional.</p> <p>Denominador: Número de poblacion total residente en el país en el mismo período.</p> <p>N° de afiliados a un seguro de salud publico o privado / poblacion total del pais * 100</p> <p>El porcentaje de población afiliada a un seguro de salud puede calcularse dividiendo el numero de personas afiliadas a un seguro de salud por 100 dividido entre el número de la población total residente en el país del mismo período.</p>				
PERIODICIDAD DE LAS	Anual				

² DATO – ENAHO-INEI





PERÚ

Ministerio
de Salud

MEDICIONES	
FUENTE DE DATOS	ENAH0- INEI SUSALUD - MINSAL
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	ENAH0- INEI Base de Datos del Registro de Afiliaciones reportados por los Seguros a SUSALUD
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	ENAH0- INEI SIS





FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 2: Ampliar el acceso de aseguramiento para la protección en salud

Acción Estratégica 2.2. : Expandir la oferta los servicios de salud

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas que acuden a los establecimientos de salud y reciben servicios de salud				
DEFINICION	Este indicador mide el porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud a nivel nacional en el período de un año.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45.0</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Línea de base o valor base	Año	45.0	2015
Línea de base o valor base	Año				
45.0	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45.0</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	45.0	2015
Valor actual	Año				
45.0	2015				
JUSTIFICACION	El indicador de población que acude a los establecimientos de salud y reciben servicios de salud de acuerdo a los síntomas que se presenten, y son atendidos.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	La calidad del dato en la base podría generar sesgo en el resultado del indicador, por lo que se sugiere depurar y limpiar la data.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	Numerador: Número de población que asistió al EESS en el periodo de referencia. Denominador: Número de población de referencia.				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual				
FUENTE DE DATOS	ENAH0- INEI				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	ENAH0- INEI				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	ENAH0- INEI Ministerio de Salud				





PERÚ

Ministerio
de Salud

FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa				
DEFINICION	Indicador que mide el nivel de satisfacción (satisfechos y muy satisfechos) con la atención en consulta médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional en el período de un año.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73,7%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	73,7%	2015
Linea de base o valor base	Año				
73,7%	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73,7%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	73,7%	2015
Valor actual	Año				
73,7%	2015				
JUSTIFICACION	El usuario de los servicios del establecimiento de salud espera que la atención sea fiable, competente, cortés, honesta, creíble, segura, con resultados adecuados a los tratamientos, oportuna, con calidad; y su satisfacción será el grado de concordancia entre sus expectativas del servicio y la atención recibida.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	En el proceso de la construcción del indicador es el problema de la recordación es el nivel de satisfacción de los usuarios en la consulta externa de los establecimientos de salud al momento de responder la encuesta. La encuesta recabó información de usuarios del servicio de consulta externa, de 15 a más años de edad, que acudieron al establecimiento de salud para recibir atención de salud.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	El nivel de satisfacción Numero de usuarios que asisten a atenderse en algún servicio de consulta externa que brinda los establecimientos de Salud, ponderado por los atributos. Numerador: N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional Denominador: N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional / N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional * 100.				
PERIODICIDAD DE LAS	Anual				





MEDICIONES	
FUENTE DE DATOS	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Informe Final Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI (Publicado en el portal web de SUSALUD)
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI SUSALUD





FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario

ACCIÓN ESTRATÉGICA 3.1: Fortalecer la Autoridad Sanitaria

NOMBRE DEL INDICADOR	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales					
DEFINICION	Indicador que mide la capacidad regulatoria de la Autoridad Sanitaria para la conducción del Sistema de Salud en beneficio del usuario.					
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional					
LÍNEA DE BASE O VALOR BASE	Ley N° 30423 de la Autoridad Sanitaria					
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2016</td> </tr> </tbody> </table>		Valor actual	Año	1	2016
Valor actual	Año					
1	2016					
JUSTIFICACION	En abril 2016 se promulgó la Ley 30423, Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud a nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población. A la par de la reglamentación señalada, es necesario formular y promulgar un conjunto de normas adicionales orientadas a la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo de la Autoridad Sanitaria.					
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Tiene la limitación de identificar a la normativa en el contexto institucional actual, sin embargo, este proceso es dinámico y dependerá de cómo se vaya consolidando la Autoridad Sanitaria. El supuesto empleado es que se mantendrá la prioridad política en el sector.					
FORMULA O METODO DE CALCULO	Se parte de los normas claves identificadas al momento de la elaboración del Plan Estratégico para el ejercicio de la Autoridad Sanitaria: <ol style="list-style-type: none"> 1. Proyecto de Ley que desarrolla las funciones compartidas del MINSA y establece medidas para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de salud pública; el proyecto de ley está orientado a la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo de las funciones esenciales en salud pública a nivel sub nacional. 2. Proyecto de Ley que faculta al MINSA a evaluar de manera 					





PERÚ

Ministerio
de Salud

	<p>preventiva, concurrente y posterior, así como a emitir opinión técnica vinculante, para el cumplimiento de los artículos N° 7°, 59°, 65° de la Constitución Política. Mediante esta Ley el Estado garantiza el derecho a la salud, vela porque el ejercicio de las libertades señaladas en el régimen económico del Estado no tengan un impacto lesivo en la salud.</p> <p>3. Reglamento de la Ley 1</p> <p>4. Reglamento de la Ley 2</p> <p>Numerador: N° de normas regulatorias aprobadas</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual
FUENTE DE DATOS	MINSA
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	MINSA
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	MINSA





PERÚ

Ministerio
de Salud

FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.

ACCIÓN ESTRATÉGICA 3.2: Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos

NOBRE DEL INDICADOR 2	Tiempo de espera en consulta ambulatoria					
DEFINICION	Tiempo de espera promedio percibido para la atención ambulatoria, en IPRESS público o privado, a nivel nacional en el período de un año.					
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional					
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>104 minutos (promedio)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Línea de base o valor base	Año	104 minutos (promedio)	2015	
Línea de base o valor base	Año					
104 minutos (promedio)	2015					
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>104 minutos (promedio)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	104 minutos (promedio)	2015	
Valor actual	Año					
104 minutos (promedio)	2015					
JUSTIFICACION	La atención al usuario de consulta externa representa la capacidad de respuesta inmediata de los servicios del establecimiento de salud. El tiempo de espera para la atención mide la oportunidad y disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera; además, es un factor que influye en la satisfacción del usuario y en las expectativas del prestador de los servicios de salud. Al conocer el tiempo promedio que espera el usuario para la atención de salud, se podrá identificar oportunidades de mejora del servicio.					
SENTIDO DEL INDICADOR	Descendente					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	En el proceso de la construcción del indicador es el problema de la recordación es el nivel de satisfacción de los usuarios en la consulta externa de los establecimientos de salud al momento de responder la encuesta. La encuesta recabó información de usuarios del servicio de consulta externa, de 15 a más años de edad, que acudieron al establecimiento de salud para recibir atención de salud.					
FORMULA O METODO DE CALCULO	Tiempo transcurrido desde la hora que llega al establecimiento de salud hasta el ingreso al consultorio médico de los pacientes de consulta ambulatoria, a nivel nacional en el periodo de un año					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual					
FUENTE DE DATOS	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI					





PERÚ Ministerio de Salud

FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Informe Final Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI (Publicado en el portal web de SUSALUD)
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI SUSALUD





FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario

ACCIÓN ESTRATÉGICA 3.3 : Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública.

NOMBRE DEL INDICADOR	Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública					
DEFINICION	Indicador que mide la implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública.					
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional y regional					
LINEA DE BASE O VALOR BASE	No implementado					
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2016</td> </tr> </tbody> </table>		Valor actual	Año	0	2016
Valor actual	Año					
0	2016					
JUSTIFICACION	El informe anual de seguimiento y evaluación de creación e implementación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública que se constituye en un instrumento eficaz al ejercicio del rol del MINSA como Autoridad Sanitaria Nacional. La calidad del informe y su carácter vinculante requiere del desarrollo de nuevas capacidades en el marco del nuevo ROF del MINSA					
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Para efectos del despliegue de la función del seguimiento y evaluación de Políticas en Salud, es preciso estructurar e implementar el Observatorio de Protección Social en Salud a fin de monitorear los avances de la política de Cobertura y Acceso Universal, además de un conjunto de tableros de monitoreo de intervenciones e Salud Pública y seguimiento de políticas intersectoriales desarrollados en el marco de la implementación de la plataforma REUNIS-MINSA (producto en fase de diseño que cuenta con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y el					





	INEI).
FORMULA O METODO DE CALCULO	<p>Los pasos previos para el cumplimiento del primer informe de seguimiento y evaluación son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan de alineamiento de la estructura organizacional del MINSA y las OPD: para el desarrollo de un Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación de las políticas en Salud Pública, lo que se traduce en un plan de implementación de la estructura organizacional y funcional para la conducción y la gestión del Sistema Nacional de seguimiento y evaluación.• Arreglos interinstitucionales con los responsables de información del sector salud (EsSalud, FFAA, oferentes privados) y de otros sectores (MIDIS, INEI, MINEDU, MEF) para disponer de recursos financieros y tecnológicos que permitan disponer de datos confiables y oportunos para el seguimiento y evaluación.• Desarrollo normativo y fortalecimiento de capacidades para la implementación nacional de un Sistema de seguimiento y evaluación de Políticas en Salud Pública según niveles.• Alianzas con actores sociales e institucionales. Establecer un Comité Nacional de Expertos con participación de la sociedad civil que de soporte a los procesos de seguimiento y evaluación, y a la transparencia de la información. <p>Numerador: N° de informes del seguimiento y evaluación.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Anual
FUENTE DE DATOS	MINSA
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	MINSA
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	MINSA





FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario

ACCIÓN ESTRATÉGICA 3.4: Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial

NOMBRE DEL INDICADOR	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas")					
DEFINICION	Indicador que mide la capacidad de la Autoridad Sanitaria para generar acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes como autoridad sanitaria que promueve la gestión intersectorial, sectorial y territorial, para el desarrollo de intervenciones sobre las prioridades en salud pública y sobre los determinantes sociales asociados.					
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional, regional y/o Local					
LINEA DE BASE O VALOR BASE	Inforemación de los programas Qally Warma y Salud Escolar intersectoriales					
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>		Valor actual	Año	2	2015
Valor actual	Año					
2	2015					
JUSTIFICACION	Implementar mecanismos de coordinación, cooperación y colaboración con los diferentes sectores del Ejecutivo con el objetivo de integrar o ampliar los ámbitos de impacto territorial y poblacional de los programas presupuestales o proyectos de inversión vigentes de estos sectores hacia las zonas o población vulnerables a los principales problemas en salud pública del país.					
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	Tiene la limitación de identificar a la fecha los acuerdos multisectoriales e intergubernamentales que debieran ser vinculantes a la mejora de los determinantes de la salud que podrían cambiar en el tiempo por su carácter dinámico. El supuesto empleado es que la política general estará alineada al objetivo de promover la salud de la población.					

