



PERÚ

Ministerio  
de Salud

---

## PLAN ESTRATEGICO SECTORIAL MULTIANUAL 2012-2016

(Propuesta Preliminar)

*Salud  
Nueva  
Actitud*

Noviembre 2011  
LIMA – PERU



## **1. GENERALIDADES**

### **VISION**

Un Perú al año 2016 donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida. En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.

### **MISION<sup>1</sup>**

Proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los Lineamientos de Políticas Sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y actores sociales.

La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde su concepción y respetando el curso de la vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes del cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

### **OBJETIVOS ESTRATEGICOS 2012-2016<sup>2</sup>**

1. Reducir la morbilidad y mortalidad materno neonatal en la población más vulnerable.
2. Reducir la desnutrición crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza.
3. Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.
4. Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.
5. Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.
6. Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de salud.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

O. Est. 1: Reducir la morbilidad y mortalidad materno neonatal en la población más vulnerable.

---

<sup>1</sup> Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud

<sup>2</sup> Plan Estratégico Institucional – PEI 2008-2011 (R.M. N° 437-2009/MINSA)



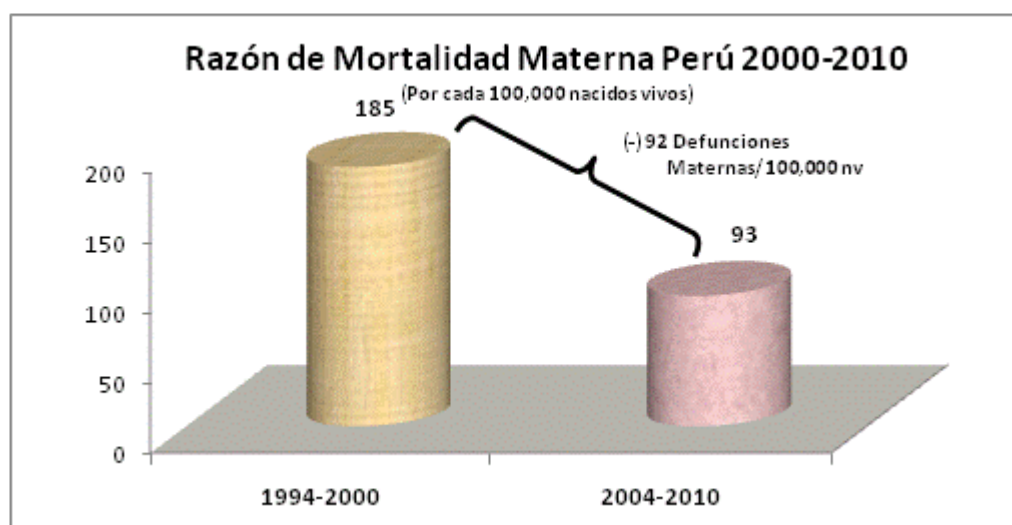
- Población con conocimientos en salud sexual y reproductiva y que accede a métodos de planificación familiar.
  - Reducción de la morbilidad y mortalidad materna
  - Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal
- O. Est. 2: Reducir la desnutrición crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza.
- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
  - Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevenibles.
  - Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.
- O. Est. 3: Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.
- Incremento de la cobertura de atención en depresión
  - Incremento de la proporción de niños que mejoran sus habilidades sociales
  - Incremento del porcentaje de camas que son designadas para pacientes con problemas y trastornos de salud mental
  - Incremento del porcentaje de contrarreferencias de pacientes con problemas y trastornos de salud mental.
  - Reducción de la morbilidad por enfermedades no transmisibles Salud Mental, Bucal, Ocular, Metales Pesados, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.
  - Disminuir la mortalidad por cáncer en la población peruana.
- O. Est. 4: Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.
- Población general y de alto riesgo incrementan en un 5% anual en el conocimiento de su diagnóstico y disminuyen su conducta de riesgo en VIH- SIDA.
  - Personas sexualmente activas reducen la incidencia de ITS.
  - Disminuir a 2% la Tasa de Transmisión Vertical del VIH
  - Disminuir a menos del 0.5 por mil nacidos vivos la Tasa de Transmisión Vertical de la Sífilis Congénita
- O. Est. 5: Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.
- Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en las regiones más pobres del país
  - Mejorar la capacidad resolutoria en los diferentes niveles de atención.
  - Garantizar el acceso a los servicios de salud y la atención rápida y oportuna de la población que presenta una patología urgente o una emergencia.
- O. Est. 6: Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de salud.
- Garantizar el acceso y el financiamiento del Plan de Beneficios establecido en el SIS, según estándares de calidad vigente y aplicable a todas las instituciones prestadoras del sistema de salud

## 2. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD

### Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable.

La mortalidad materna en nuestro país presenta un descenso significativo de 185 x 100,000 nacidos vivos, (ENDES 2000) a 93 x 100,000 nacidos vivos según la ENDES Continua 2010, como resultado de las intervenciones, acciones y estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y el énfasis en el parto institucional con enfoque de género, interculturalidad y equidad en poblaciones pobres y de extrema pobreza.

La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en 49.7% entre los periodos 1994-2000 y 2004-2010, al pasar de 185 muertes a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos.

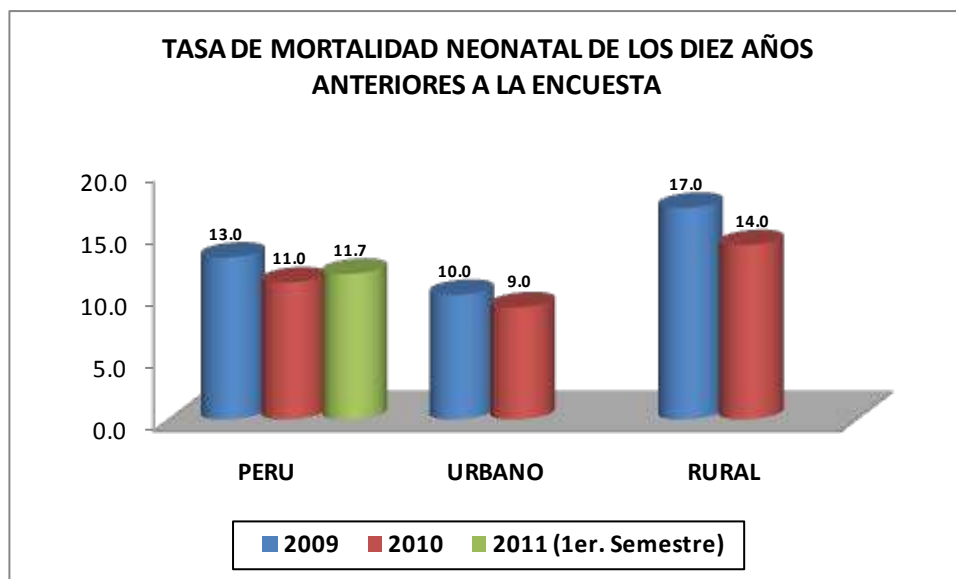


Fuente: ENDES 2010

La mortalidad neonatal, según ENDES 2010, se ha reducido de 13 muertes en el año 2009 a 11 muertes en el año 2010 por cada mil nacidos vivos, asimismo la tasa de mortalidad neonatal urbana fue de 9,0 y la rural de 14,0 (defunciones de niños menores de un mes por mil nacidos vivos).

De acuerdo al lugar de residencia de la madre, los departamentos de Loreto, San Martín y Puno (21, 20 y 18 defunciones de menores de un mes por mil nacidos vivos, respectivamente) fueron los que presentaron las más altas tasas de mortalidad neonatal, en tanto que Lima (7), Ica y Lambayeque (9), registraron las más bajas tasas de mortalidad neonatal.

En ENDES 2011 al primer semestre, revela que la tasa de mortalidad neonatal en el país fue de 11.7 defunciones de menores de un mes por mil nacidos vivos.

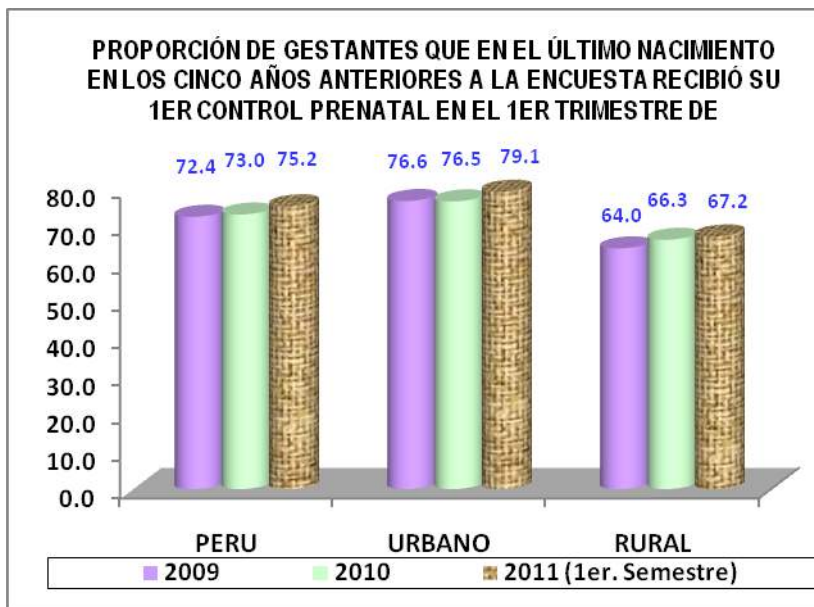


FUENTE: ENDES 2011

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; lo que permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto, que al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente; tomando en cuenta que las mujeres que no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones.

El Ministerio de Salud recomienda que todas las gestantes deban hacerse este control mensualmente hasta las 32 semanas, los siguientes controles hasta la 36 semana deben ser cada quince días, y de la semana 36 en adelante el control prenatal debe ser hecho semanalmente. Según ENDES 2011 del primer semestre, revela que en el área urbana el 79.1% y en el área rural el 67.2% de mujeres gestantes recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo. A nivel nacional, dicha proporción muestra un incremento respecto a la ENDES 2010 (de 73.0% a 75.2%).

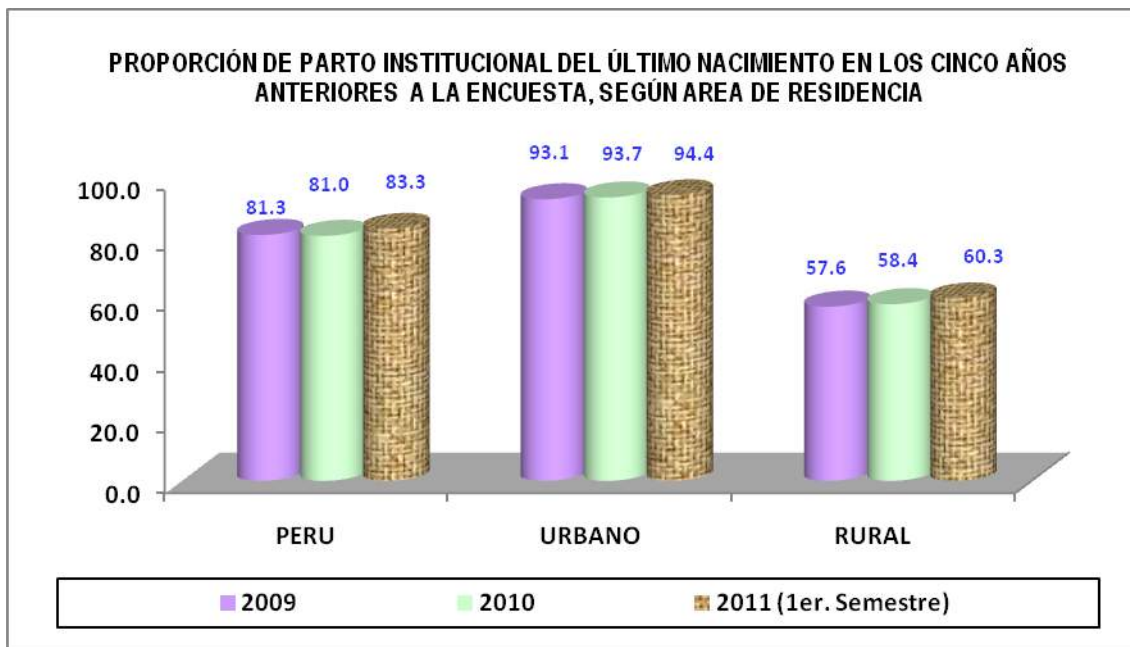
En tanto, según región natural, entre el año 2010 y el primer semestre 2011, en la Selva se incrementó en 4.4% las mujeres gestantes que recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación, (de 78.6% a 81.4%). Asimismo, en la Costa y en la Sierra el incremento fue de 2.8 y 0.2 puntos porcentuales, respectivamente.



FUENTE: ENDES 2011

El parto institucional constituye aquel parto atendido dentro del Establecimiento de Salud y por personal de la salud (Médico, Enfermera y/o Técnico), en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

La proporción de partos institucionales al primer semestre del año 2011 alcanzó el 83.3%, habiéndose incrementado en 2.3% en relación al 2010 (81.0%). En el área urbana el incremento fue de 93.7 a 94.4 % y en el área rural el incremento fue mucho mayor al pasar de 58.4% a 60.3%.

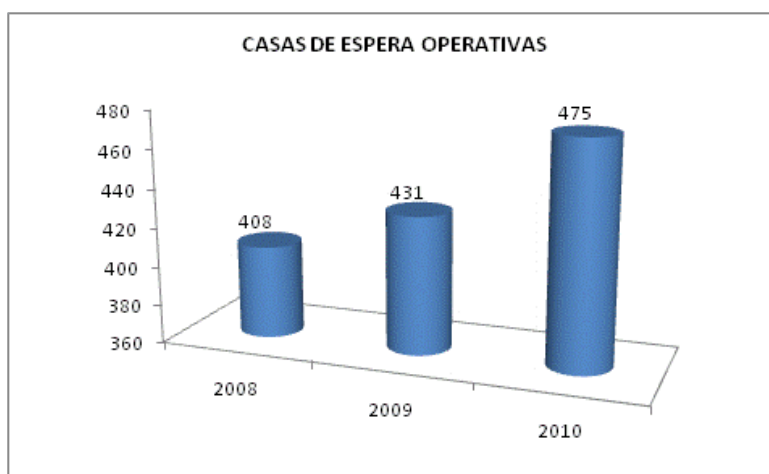


FUENTE: ENDES 2011

Los elementos claves para incrementar el acceso de la población rural a los servicios de salud y el parto institucional fueron las experiencias exitosas tales como: La adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva, las casas de espera, el acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto, el parto vertical, entre otras.

La atención de parto vertical en las zonas rurales del país constituye no sólo una estrategia para el incremento del parto institucional sino para establecer una relación de respeto entre las personas de diversos contextos culturales.

En el año 2006, se tenía en el Perú 322 casas de esperas operativas, cada año se ha incrementando esta estrategia, al año 2010 se cuenta con 475 casas de espera operativas (incremento del 68%) que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales.



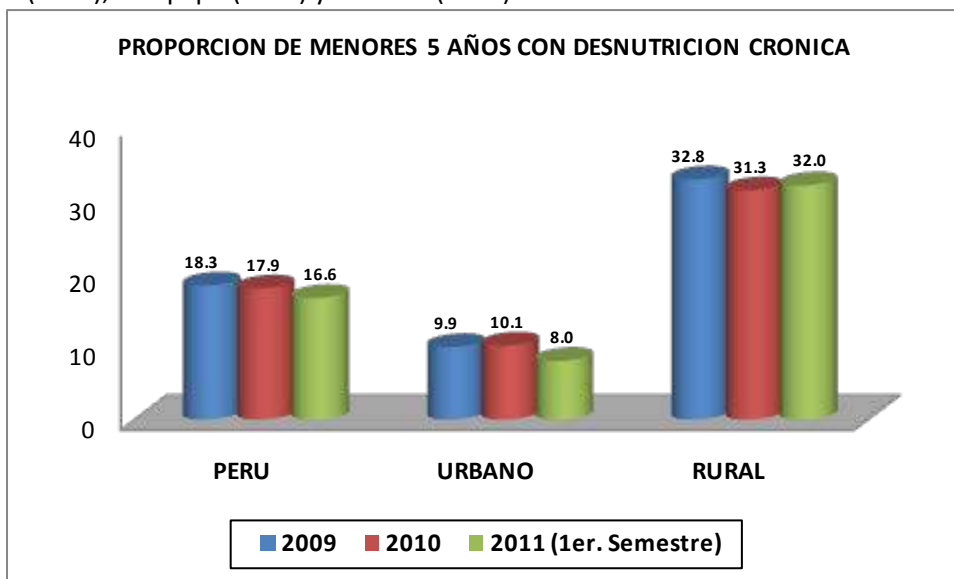
#### 1. Reducir la desnutrición crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza.

La desnutrición crónica, es uno de los indicadores que mide el nivel de desarrollo de un país. Lograr disminuir la desnutrición crónica infantil contribuirá y garantizará el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), al primer semestre del 2011, revelan que a nivel nacional la desnutrición crónica afecta al 16.6% de los niños menores de 5 años. En el periodo 2007-2010 la desnutrición crónica a nivel nacional ha descendido en 4.7 puntos porcentuales, al pasar de 22.6% a 17.9%, es decir, por cada 100 niñas y niños, cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición. Sin embargo la precitada Encuesta, indica que no se ha logrado avanzar por igual en la lucha contra la desnutrición infantil en las distintas áreas y regiones

del país, como es el caso, en las áreas rurales, está se redujo 5.6 puntos porcentuales, al bajar de 36.9% a 31.3% en el periodo 2007 - 2010, aunque en primer semestre 2011 aumento a 32%; mientras que en las áreas urbanas solo se redujo 1.7% al pasar de 11.8% a 10.1% en el mismo periodo 2007 - 2010.

Los departamentos que registraron mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años son: Huancavelica (44.7%), Cajamarca (32.0%), Huánuco (31.0%), Apurímac (30.9%), Ayacucho (30.3%) y Cusco (29.1%). Por otro lado, los departamentos que registran menor índice de desnutrición crónica son: Tacna (2.4%), Moquegua (4.8%), Lima (6.2%), Ica (7.6%), Madre de Dios (7.8%), Arequipa (8.2%) y Tumbes (9.5%).



Fuente: ENDES 2011

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son causadas por microorganismos virales o bacterianos, las cuales se incrementan con el friaje. Así mismo, contribuyen a ello los inadecuados hábitos y conductas relacionadas. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud y causan la muerte, especialmente en niñas y niños menores de 36 meses y en personas mayores de 60 años de edad.

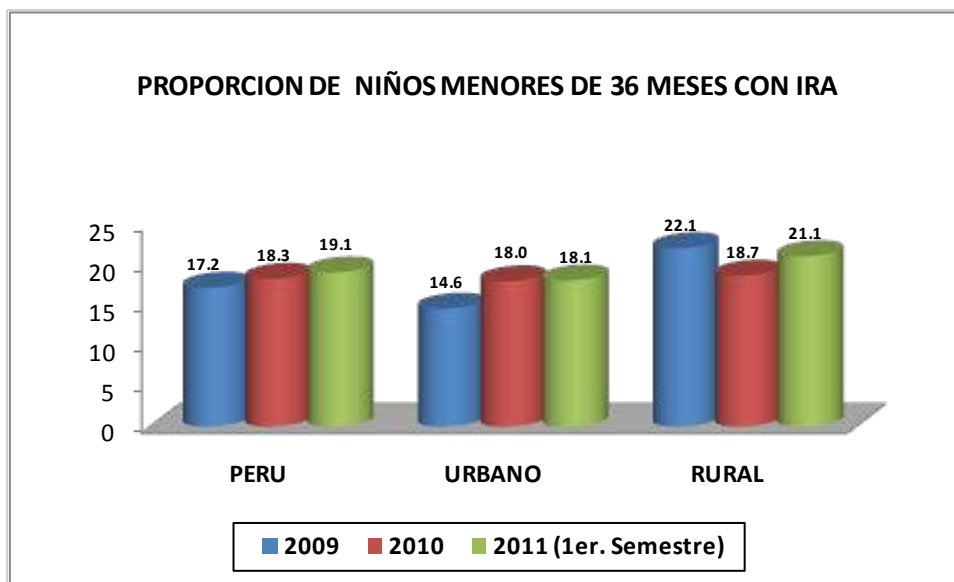
Se han alcanzado resultados alentadores en las intervenciones encaminadas a prevenir y controlar la neumonía, especialmente la vacunación, incluido el uso de vacunas contra la infección por neumococo y Haemophilus influenza de tipo B, el manejo de los casos de neumonía en los centros de salud y los hospitales especialmente a través de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la mejora de la nutrición y el control del crecimiento y desarrollo .

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) al primer semestre del 2011, revela que la proporción de niños menores de 36 meses con IRA ha alcanzado el 19.1%. En el periodo 2007-2010 la proporción de niños afectados por episodios de infección respiratoria aguda (IRA) a nivel nacional, ha disminuido en 5.7%, al pasar de 24.0% a 18.3%. Según los quintiles de estado



socioeconómico, la mayor proporción de IRA se encuentra en el primer y segundo quintil con valores del 20,9% y 21,1%, respectivamente, presentando el quintil superior sólo un 11,6% de IRA.

A nivel nacional, la mayor proporción de niños menores de 36 meses de edad con IRA se presentan en los departamentos de Loreto (33.9%), Pasco (30.3%), Piura (25.1%), Huánuco (24.3%) y Ancash (24.1%). Los departamentos que menor proporción de IRA presentan son: La Libertad (9.2%), Apurímac (9.3%), Arequipa (10.1%) y Tacna 11.4%.

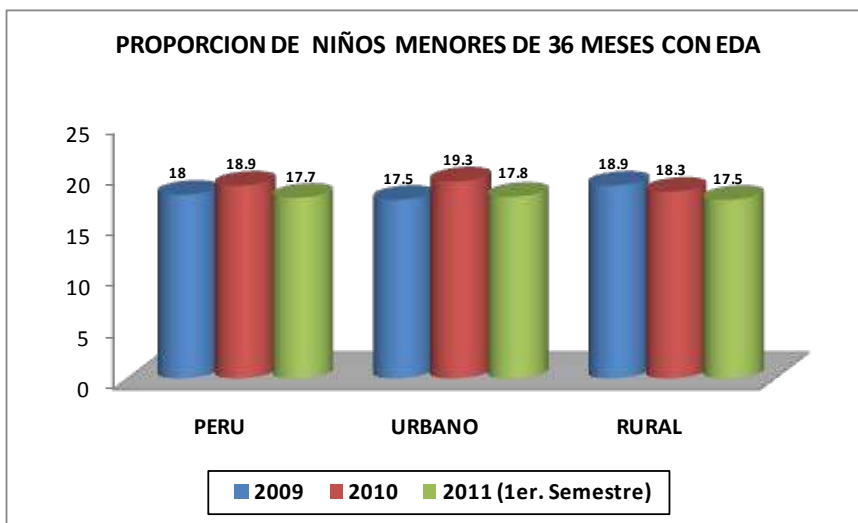


Fuente: ENDES 2011

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) están consideradas entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente de la madre y saneamiento inadecuado.

En el periodo 2009 – 2010 la proporción de niños menores de tres años con EDA fue mayor en el área urbana (19.3%) que en el área rural (18.3%); los cuales, respecto a las estimaciones de la ENDES Continua 2009, se evidencia el aumento de 0.9% en la estimación nacional (de 18,0 a 18,9%), como resultado del incremento de 1.8% en el área urbana (de 17.5 a 19.3%) y la disminución de 0.6% en el área rural (de 18.9 a 18.3%).

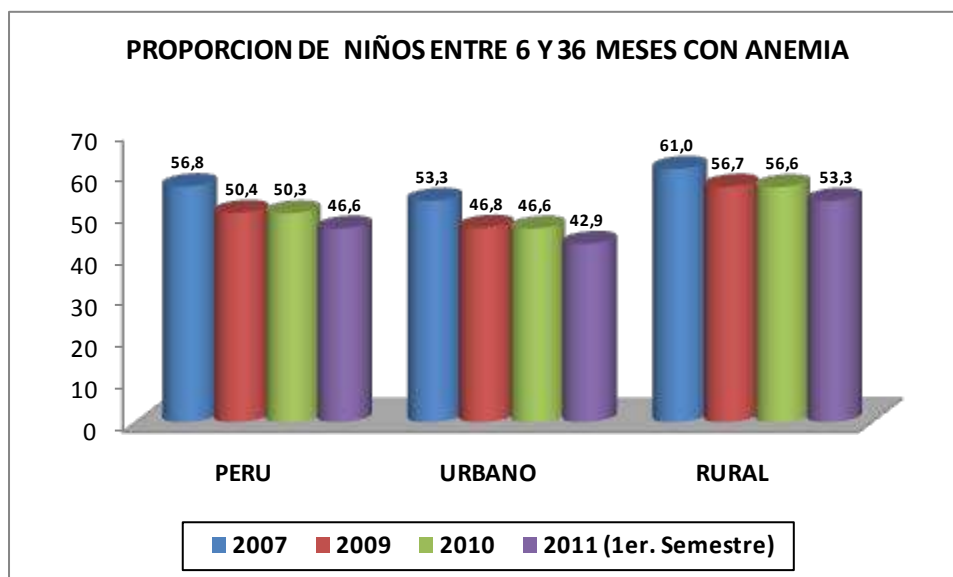
A nivel departamental, la mayor proporción de enfermedades diarreicas se presentan en Loreto (35.4%), San Martín (29.0%), Madre de Dios (27.0%), Amazonas (23.5%) y Pasco (23.3%).



Fuente: ENDES 2011

La anemia por déficit de hierro, estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre, es una enfermedad que a nivel nacional afecta a uno de cada dos niños menores de tres años en el primer semestre del 2011 (46.6%).

Las estimaciones de la ENDES 2010 y ENDES 2009 revelan que la prevalencia de la Anemia presenta escasa variación, aunque en el primer semestre del presente año la tendencia es seguir disminuyendo la proporción de niños de 6 meses y 36 meses con anemia. En dicho periodo, en el área urbana disminuyó en 0.2 punto porcentual y 0.1 punto porcentual en el área rural.



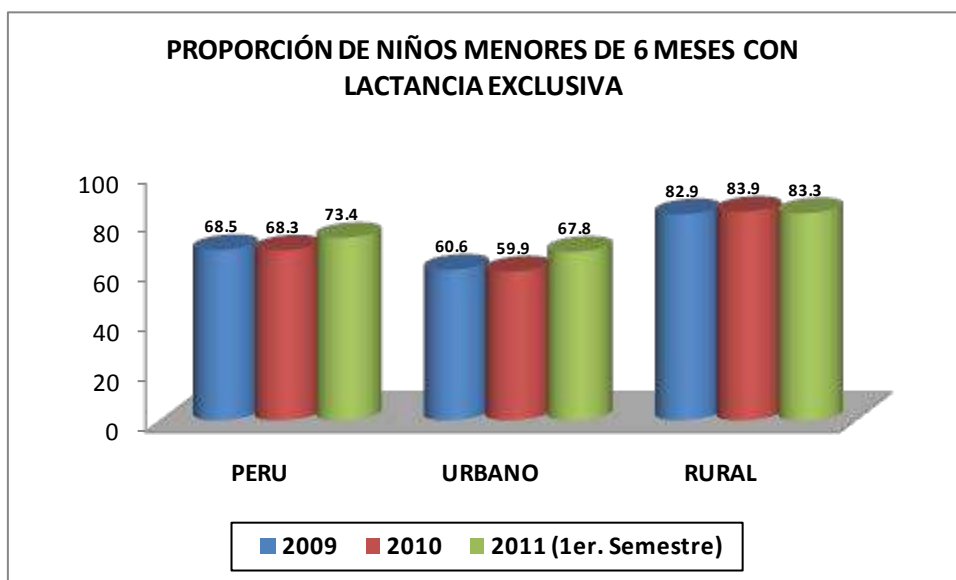
Fuente: ENDES 2011

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar al niño con sola leche materna, al ser considerada esta como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales

del niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza el sistema inmunológico.

La ENDES 2011 al primer semestre, da como resultado que el 73.4% de las madres alimentan a los menores de seis meses con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural con 83,3% que en el área urbana con 67.8%.

Los resultados con la ENDES 2010 muestran que el 68.3% de los menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna y de acuerdo al área de residencia, ésta proporción es mayor en el área rural logrando 83.9% que en el área urbana con 59.9%. A nivel nacional la mayor proporción de menores de seis meses que se alimentan con lactancia materna exclusiva se presentan en los departamentos de Puno (97.3%), Huancavelica (94.7%), Junín (91.5%), Ucayali (87.2%), Apurímac (86.3%), Huánuco (83.4%), Cusco (82.3%) y Ayacucho con 82.0%).



Con la dación del Decreto Supremo N° 031-2010-SA “Reglamento de la Calidad de Agua para el consumo humano”, establece las disposiciones generales con relación a la gestión de la calidad del agua para consumo humano, con la finalidad de garantizar su inocuidad, prevenir los factores de riesgos sanitarios, así como proteger y promover la salud y bienestar de la población.

Con la Guía Técnica para la implementación, operación y mantenimiento del sistema de tratamiento intradomiciliario de agua para consumo humano- mi agua, aprobada con Resolución Ministerial N° 647-2010/MINSA, se concreto que la población de extrema pobreza y ubicados en zonas de la Amazonía que no cuenten con un sistema convencional de tratamiento y distribución de agua para consumo humano, se le facilite la tecnología de tratamiento de agua a nivel Intradomiciliario que asegure que la calidad del agua no represente un riesgo para la salud.



## 2. Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.

La gestión de las acciones de intervención para las enfermedades No Trasmisibles, como Salud Ocular, Metales Pesados, Salud Bucal, Salud Mental, Hipertensión arterial y Diabetes, son las que constituyen un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes enfermedad coronaria, cerebro vascular, hipertensión arterial, el cáncer, entre otros, que contribuyen de manera importante a la mortalidad como, consecuencia de un proceso iniciado en décadas anteriores.

A nivel nacional se ha producido un incremento notable tanto en el número de casos como en las atenciones realizadas en establecimientos del Ministerio de Salud de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y las complicaciones derivadas de ellas, que incrementan la morbilidad.

La actividad física puede resumirse como todo movimiento corporal que requiere de un gasto de energía. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud es definida como ejercicio. La práctica del ejercicio mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y el funcionamiento cardiovascular y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo. La encuesta nacional de indicadores nutricionales bioquímicos, socioeconómicos y culturales, la encuesta encontró que en el 40% de los encuestadores realizaba actividad física leve (vida sedentaria). Otra encuesta realizada en Arequipa PREVENCIÓN encontró una prevalencia de la actividad física insuficiente del 57.6% (varones 51.9% y mujeres 63.3%). Están pendientes las mediciones posteriores de carácter nacional.

El sobrepeso y la obesidad, como producto de la transición nutricional es un proceso que incluye cambios cíclicos importantes en el perfil nutricional de los seres humanos, determinados por modificaciones en los patrones de alimentación y actividad física. La obesidad y sobrepeso son condiciones de salud que han presentado un aumento progresivo en las últimas tres décadas, tanto en países desarrollados como en los de vía de desarrollo. La obesidad se ha convertido en la primera enfermedad crónica no transmisible, por las enfermedades asociadas a esta, además de los altos costos que implica su tratamiento. La obesidad y sobrepeso han sido asociados con las enfermedades cardiovasculares pero también se ha reportado asociación con la hipertensión arterial, resistencia a la insulina, osteoporosis, enfermedades biliares, alteraciones endocrinas y ovario poliquístico.

De acuerdo a la encuesta nacional ENDES, la prevalencia de mujeres en edad fértil con sobrepeso u obesidad fue de 43%, menor a la encontrada en el año 2000 (47%). Así mismo se encontró que este problema se incrementa con la edad y no es tan relevante en las mujeres de los quintiles inferiores de riqueza.



## ESTUDIOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

Autor	Año de realización	Año de publicación	Alcance del estudio	Población o muestra	Prevalencia de sobrepeso	Prevalencia de obesidad
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Instituto Nacional de Salud	2005	2006	Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Alcance nacional.	Edad mayor o igual a 20 años	35.3%	16.5%
Instituto Nacional de Estadística e Informática	2004-2006	2007	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Alcance nacional	Mujeres de 15 a 49 años.	30.9%	12.5%
Dirección General de Epidemiología	2003-2006	2009	Ciudad de Huancayo	Edad mayor o igual a 15 años	35.1%	17.5%
Dirección General de Epidemiología	2003-2006	2009	Ciudad de Trujillo	Edad mayor o igual a 15 años	38.2%	18.0%
Dirección General de Epidemiología	2003-2006	2009	Ciudades de Lima y Callao	Edad mayor o igual a 15 años	37.2%	18.5%
Dirección General de Epidemiología	2003-2006	2009	Distrito de Villa el Salvador.	Edad mayor o igual a 15 años	38.0%	21.8%
Medina Lezama y col.	2004-2006	2006	Estudio PREVENCIÓN. Ciudad de Arequipa	Adultos de 20 a 80 años	41.8%	17.6%
Soto y col.	2004	2005	Departamento de Lambayeque	Adultos de 30 a 70 años	41.6%	30.2%

Fuente: ASIS/MINSA – 2010

La carga sigue en aumento; hacerle frente constituye uno de los principales desafíos que enfrentan los sistemas de salud principalmente por el gran número de personas afectadas su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa frecuente de incapacidad prematura la complejidad y el costo elevado de tratamiento. En la actualidad, la carga de mortalidad y discapacidad atribuible a las Enfermedades no transmisibles, en particular las afecciones cardiovasculares, supera en muchos países en desarrollo la carga impuesta por enfermedad no transmisible, debido a los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica.

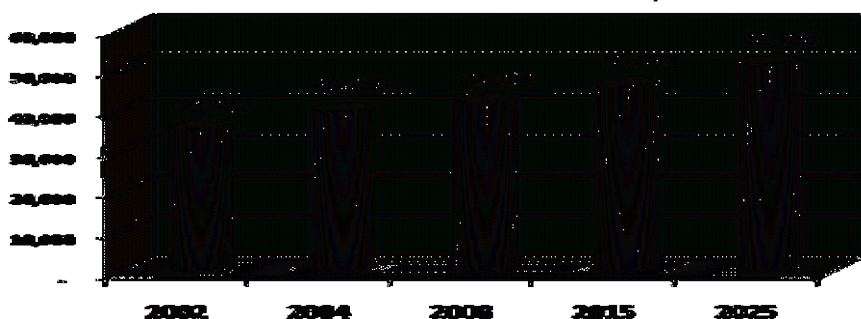
El grupo de Enfermedades no Transmisibles que incluye las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y de más enfermedades crónicas, en el año 2007 registraron una tasa de mortalidad de 443.8 muertes por 100 mil hab., algo similar a la que se presentó en el año 1987 (482). En este grupo, las enfermedades que producen mayor mortalidad son: las enfermedades isquémicas del corazón, del sistema urinario, del sistema respiratorio y las cerebrovasculares con tasas de 44.8, 32.7, 32.6 y 31.4 muertes por 100 mil hab.

La mortalidad por la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón y las cerebrovasculares fueron las que tuvieron un mayor incremento entre 1987 y 2007 (aumento en 3 veces). La mortalidad por tumor maligno de próstata, tumor linfático y de colon, así como la mortalidad por malformaciones congénitas aumentaron al doble de lo registrado en el año 1987.

La mortalidad por Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal disminuyeron a la tercera parte. No hubo variación en la mortalidad Enfermedades isquémicas del corazón Enfermedades hipertensivas, Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, así como en la mortalidad por tumores maligno de estómago, de la tráquea los bronquios y el pulmón, del cuello del útero y de la mama.

Con respecto a la prevención y Control del Cáncer, es bueno señalar que 7 millones de muertes cada año es ocasionada por dicha enfermedad, lo que representa 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además, más de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, especialmente en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020. El cáncer en el Perú es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. El propósito es, entonces, reducir la carga del cáncer en la población, con un planteamiento integral que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, detección temprana, tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, que constituyen la forma más efectiva de atacar el problema.

Nº de casos nuevos de cáncer por año



Para el año 2011 se presenta el nuevo Programa Estratégico de Prevención y Control de Cáncer, que plantea como resultado final disminuir la tasa de morbilidad por cáncer en la población mayor de 18 años. Se focaliza la prevención de 5 tipos de cáncer: Cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de estómago y cáncer de próstata.

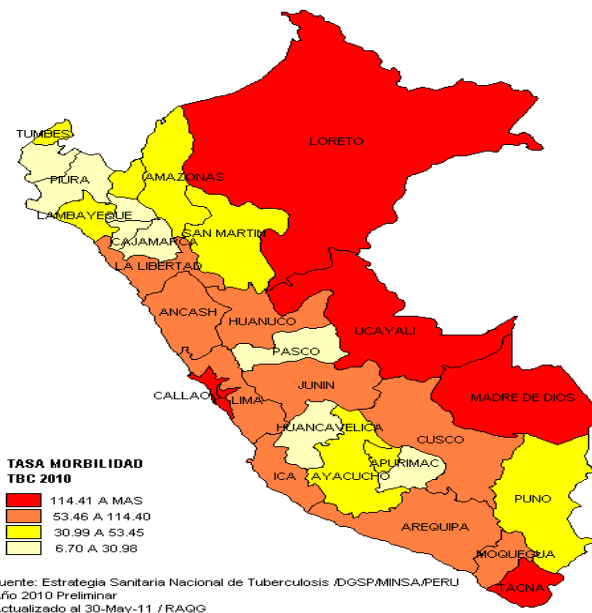
**3. Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.**

El país debido a una diversidad de factores entre ellos étnicos, geográficos, idiosincráticos económicos y otros; presenta una serie de problemas de salud individual y colectiva como son las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, alguno de ellos con consecuencias epidemiológicas negativas de gran escala como son las endemias y las pandemias los cuales ameritan una serie de intervenciones y medidas preventivas.

El Perú es el segundo país con más alta carga de Tuberculosis en la Región: (32,477 casos en 2010) y el segundo país con más alta tasa de morbilidad e incidencia en la Región: (110.2 x100.000 para el 2010. La meta es reducir los casos de tuberculosis en un 10% en forma anual, para ello se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional contra la Tuberculosis (PEM TB 2010 - 2019), tiene como objetivo, disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbilidad de esta enfermedad en el Perú, así como sus repercusiones sociales y económicas para los siguientes 10 años y alcanzar para el año 2019, una incidencia menor de 40 casos por 100,000 habitantes.

En este sentido, la tasa de morbilidad es de 110 casos por cada 100 000 habitantes, de las 6 regiones que tienen la mayor tasa de morbilidad, 4 de ellas están ubicada en el departamento de Lima los cuales son: Lima Este, 225, el Callao 143, Lima Ciudad 141, y Lima Sur 137 casos por cada 100 000 habitantes. Las otras regiones son Ucayali (173/100 000) y Madre de Dios (147/100,000).

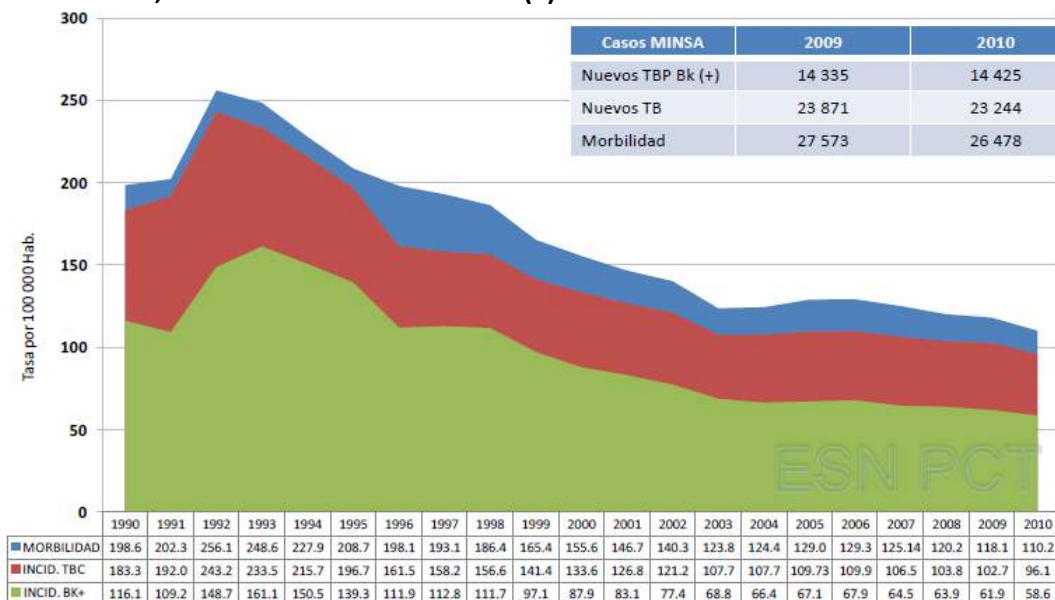
### PERFIL DEL PAIS / MORBILIDAD 2010



En números absolutos el año 2010 fueron diagnosticados 26,478 enfermos de TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, asociadas a las características de desarrollo urbano en donde conviven los sectores de mayor concentración de pobreza cercanos a los de mayor desarrollo económico.



### MORBILIDAD, INCIDENCIA E INCIDENCIA BK(+) DE LA TUBERCULOSIS – MINSA AÑO 2010



Fuente: Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis /DGSP/MINSA/PERU

En el país se han hecho notables avances en cuanto al diagnóstico y seguimiento de casos en especial en lo relacionado a pruebas de sensibilidad, que permiten identificar los casos MDR y XDR en todo el país, y por lo tanto el inicio de su tratamiento de forma inmediata.

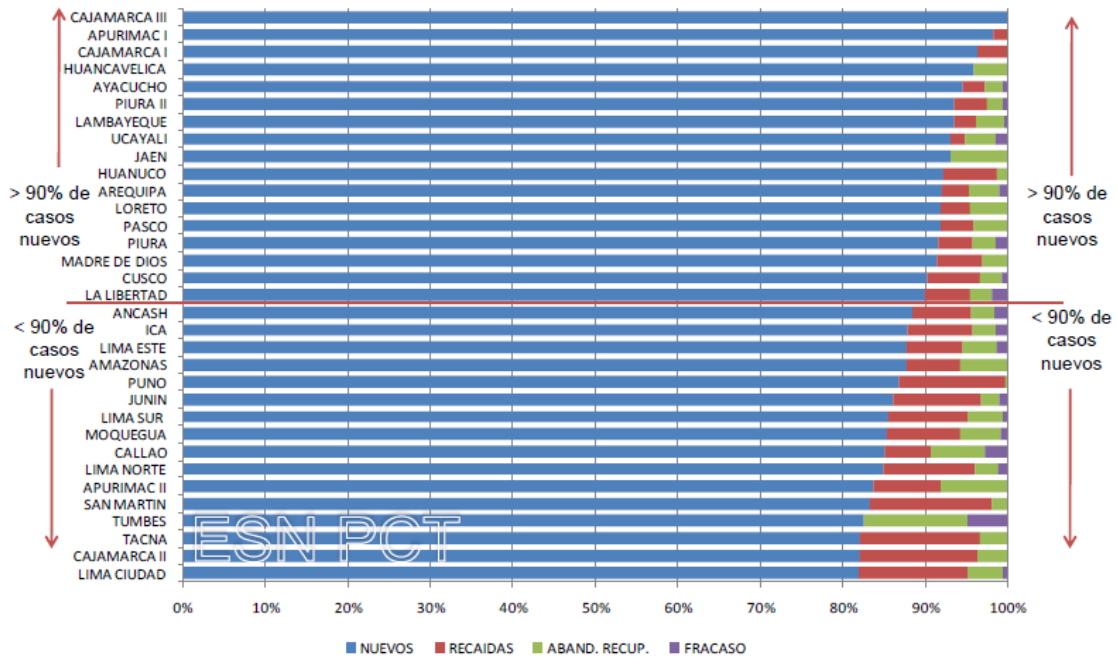
Para el tratamiento de la tuberculosis, los pacientes reciben los medicamentos totalmente gratis, son financiados por el Estado, el costo del tratamiento de la TB simple por paciente dura seis meses y es de 40 dólares; incrementándose notablemente en los casos de TB resistente (MDR), cuyo costo es de 4 mil dólares en un proceso mucho más complejo y que se realiza en un plazo de dos años.

En el Perú para el año 2009 con el esquema 1 de tratamiento, se ha logrado la curación del 89.1% de los casos nuevos de TB, el 6.3% ha abandonado el tratamiento, el 1.1% han sido fracasos y el 2.7% han fallecido. En el grafico se muestra las regiones del país con un porcentaje de curación menor al 90% de curación entre ellos destaca: Lima Este, Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Norte y el Callao.





### CASOS DE TB SEGÚN CONDICION DE INGRESO PERÚ – MINSa – 2010



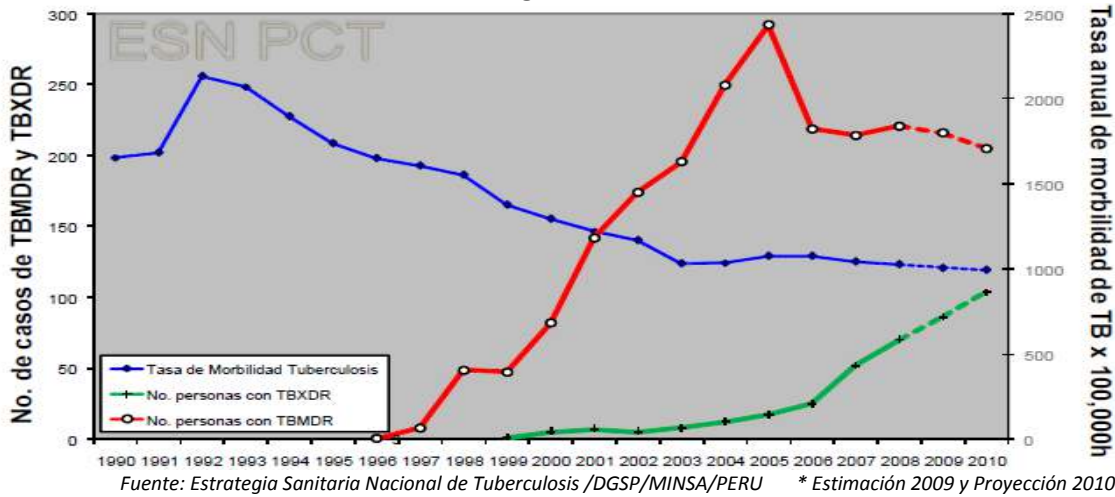
Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis /DGSP/MINSa/PERU

En la ciudad de Lima se encuentra el mayor número de pacientes multidrogo resistente, (82 %de casos de TB MDR y 93 %de casos de TB XDR del total de casos del país. Las deficiencias en el control provocan un aumento en la tuberculosis multidrogo resistente, cuyo tratamiento es mucho más costoso y complejo, y nos recuerdan el riesgo constante de sufrir nuevos reveses. La comunidad internacional ha fijado el objetivo del acceso universal a los servicios de prevención y tratamiento de todas las formas de tuberculosis, en adultos y niños, y en las personas que viven con el VIH/SIDA.

Ante los casos de tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) que se registran en el Perú, el Ministerio de Salud (MINSa) incluirá un nuevo tratamiento como parte del Plan Multisectorial de Intervención en TB XDR en el Perú 2010-2011. La finalidad es fortalecer el manejo programático del mal en el país, según lo establece la Resolución Ministerial N° 579-2010, que modifica la norma técnica de salud para el control de la tuberculosis en el capítulo de tratamiento.



### Tasa Anual de Morbilidad de Tuberculosis, No. de casos en tratamiento TBMDR y No. de casos de TBXDR, según año. Perú 1990-2010\*

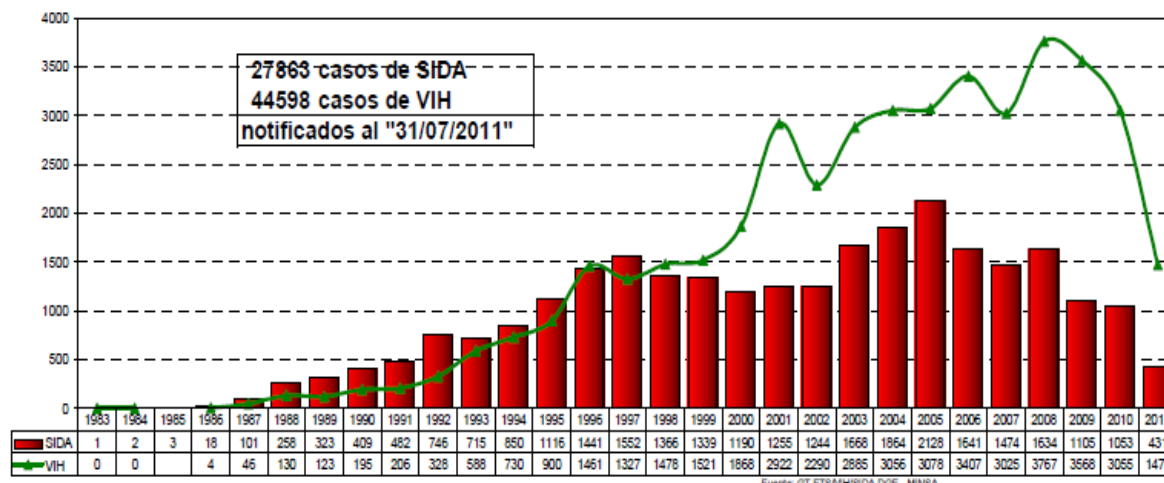


La prevalencia nacional del VIH en adultos ha permanecido en torno al 0,5% [0,3 -0,6%] desde la década pasada, 2000 (ONUSIDA, 2006). La transmisión materna infantil del VIH disminuyó drásticamente a partir de 1997, desde una estimación del 16% a nivel nacional en 1997 hasta menos del 4% en 2002. Al mismo tiempo, el acceso generalizado a la terapia anti retro vírica redujo a la mitad las tasas de mortalidad por sida entre 1996 y 2002.

La epidemia del VIH/SIDA ha afectado en el país a los departamentos más densamente poblados de la Costa y Selva, siendo los de mayor incidencia en los últimos años de casos acumulados de SIDA: La incidencia acumulada es la probabilidad que tiene una persona determinada de desarrollar una determinada enfermedad en un periodo determinado. Los departamentos que tienen una mayor incidencia acumulada por cada 100 000 habitantes, son: Lima, Tumbes y Madre de Dios mayor a 134, entre 48 y 134 están los departamentos de Loreto, Lambayeque, Ancash, Ica, Arequipa Moquegua y Tacna.

La Dirección General de Epidemiología (DGE) del MINSA, ha registrado la notificación de 27 863 casos de SIDA y 44 598 infecciones por VIH notificados a Julio del 2011, en el año 2010, la incidencia fue de 1053 nuevos casos de SIDA y de 3055 nuevas infecciones por VIH. Hay una disminución muy importante en relación a la incidencia tanto de los casos de SIDA y de casos de VIH en los últimos 4 años.

**SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ (Notificación a la semana 35 - 2011)**



Fuente: Situación del VIH/SIDA en el Perú \* Boletín Epidemiológico Mensual. DGE-MINSA

De todos los casos notificados de SIDA, el 97% de los casos el contagio fue por vía sexual. El 70.6% de los casos de SIDA se localizan en Lima y Callao. La proporción entre hombres y mujeres desde el año 2000 se encuentra por debajo de 3. Es decir por cada mujer diagnóstica por SIDA existe 3 hombres, para el año 2010 la razón fue de 3.18.

Se ha estimado que entre 11.400-20.200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo. La prevalencia de VIH llega a 10.8% en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres. La población transexual es la más afectada (diferentes estudios estiman una prevalencia de VIH del 32%). Las trabajadoras sexuales y sus clientes son también grupos afectados por la epidemia.

La malaria, es una enfermedad de gran importancia en salud pública por las altas tasas de morbilidad y porque afecta la salud y la economía de la población peruana, generalmente en las regiones de selva amazónica y selva central. El área malarígena en países endémicos se caracteriza por presentar altas temperaturas y humedad relativas, con pocas variantes diarias que permiten la supervivencia de los mosquitos como consecuencia de la transmisión y persistencia de la enfermedad.

En la actualidad a nivel del país se han notificado 15 936 casos de malaria acumulados de los cuales 14 350 corresponden a infecciones por *P. vivax*, 1 586 infecciones por *P. falciparum*.

Los casos de malaria por especie y por año comparado hasta la semana 35 de notificación en el periodo 2007 al 2011, hay una tendencia decreciente frente a la incidencia de nuevos casos desde el año 2007, así el 2010 se ha notificado 16 746 infecciones *P. vivax* y 1601 infecciones de *P.falciparum*, para el año 2011 se reportó 14,350 y 1,586 infecciones por *P. vivax* *P.falciparum* respectivamente.

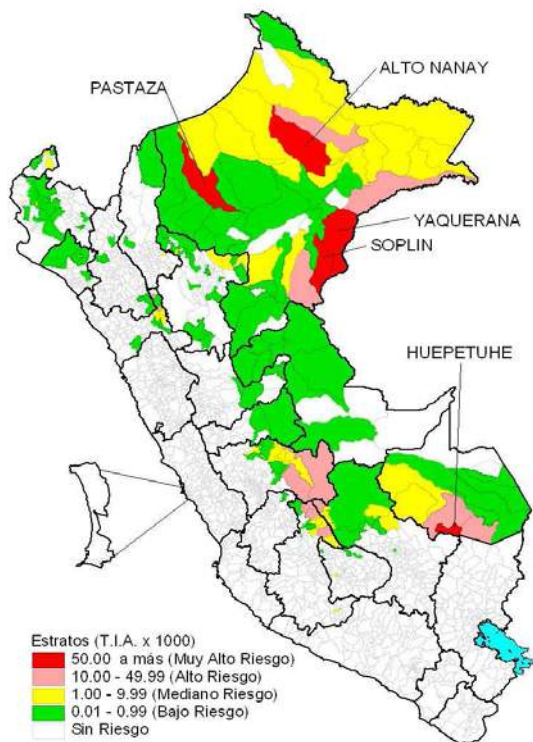
**Casos de Malaria por especies y por años, comparado hasta la SE 35, 2007 - 2011**

Tipo Dx	2,007	2,008	2,009	2,010	2,011
<i>P. Vivax</i>	33627	27059	25429	16746	14350
<i>P. Falciparum</i>	6262	3183	3026	1601	1586
<b>Notificados</b>	<b>39,889</b>	<b>30,242</b>	<b>28,455</b>	<b>18,347</b>	<b>15,936</b>

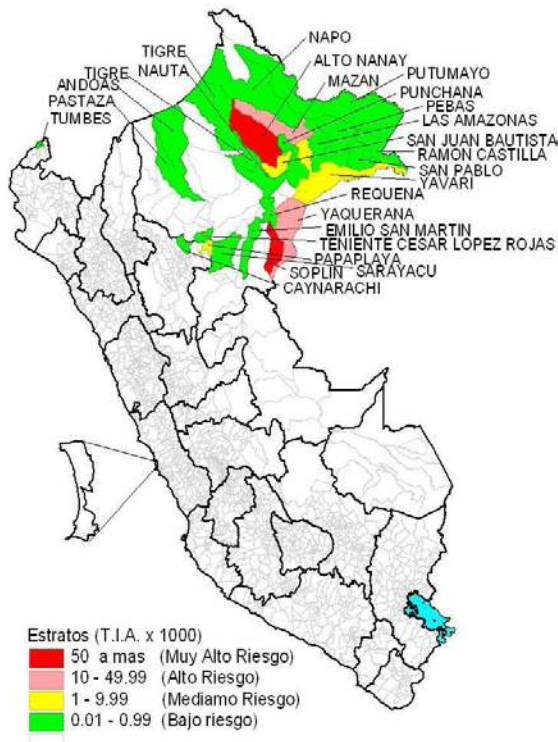
Las regiones con mayor incidencia acumulada (La probabilidad que tiene una persona determinada de desarrollar una determinada enfermedad en un periodo determinado), se encuentran principalmente en la selva del Perú, así tenemos las provincias de pastaza, alto nanay y Scopin con un nivel muy alto riesgo para contraer la malaria por plasmodium falciparum y vivax.

**Casos de Malaria (*P. vivax* y *P. falciparum*), Perú, al 2010**

**MALARIA POR P. VIVAX**

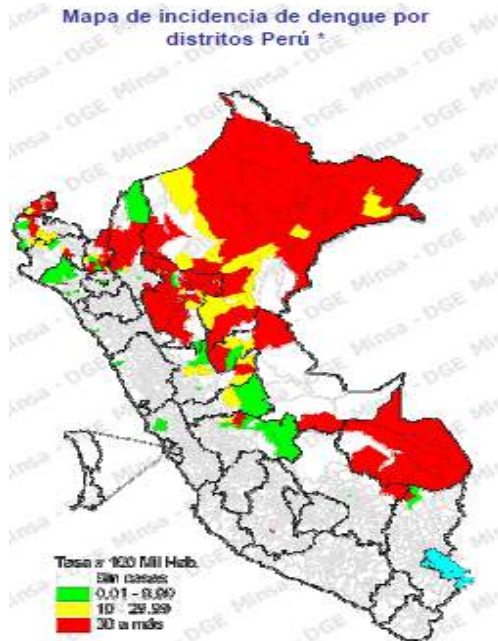


**MALARIA POR P. FALCIPARUM**



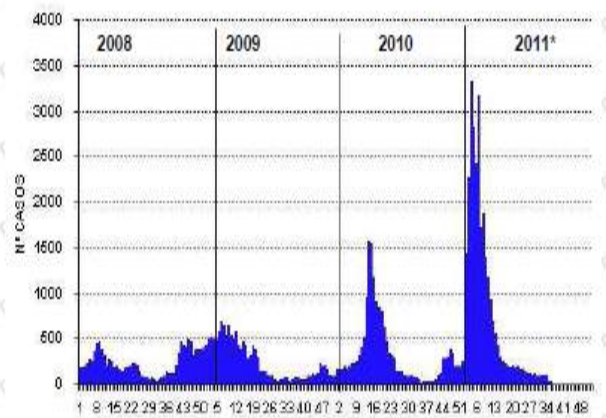
FUENTE: MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA – RED NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA (RENACE) SEMANA 30 / 2011

La notificación de casos de Dengue en el Perú, hasta la SE 35-2011, fue de 35, 066 notificaciones, de los cuales 7,481 fueron descartados. El acumulado de los casos (entre confirmados y probables) es de 27,585 casos de Dengue Clásico de los cuales el 85.6%(23,616) son casos confirmados y el 14.4%(3,969) fueron como casos probables. Los casos autóctonos se presentaron en 17 regiones del país, de estos el 92% de los casos se concentran en 3 regiones: Loreto quien concentra el 81% del total de casos de dengue, San Martín el 5.9% y Madre de Dios el 5.9%.



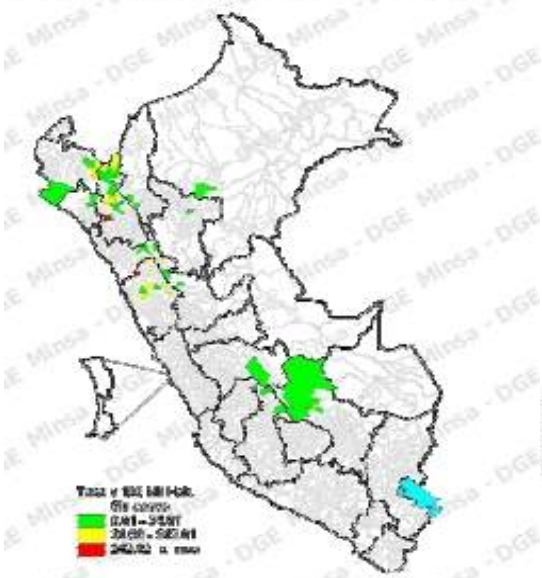
Fuente: DGE/MINSA

Curva de casos 2008 – 2011\*



La Bartonellosis es una enfermedad infecciosa, transmitida por la picadura del mosquito hembra del género *Lutzomyia*, el mismo que habita en diferentes valles interandinos del país, siendo los valles principales aquellos de los departamentos de Ancash, La Libertad, Cajamarca, Amazonas y en Lima. El año 2011 se ha notificado 408 casos, de los cuales 148 fueron confirmados y 177 fueron casos probables, 83 fueron descartados y se produjeron 2 defunciones.

### Enfermedad de Carrion por distrito 2011\*



Fuente: DGE/MINSA

No se han registrado casos agudos de enfermedad de Chagas transmitidos por T. Infestans en los últimos años. Se ha alcanzado la Certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en la Región Tacna en el año 2009 y en setiembre 2010 en la región Moquegua. La región Arequipa hasta la fecha muestra la interrupción en cuatro distritos los que reportaban densidades de infestación triatómica alta y que fueron priorizados en la intervención. La vigilancia serológica en mujeres gestantes y el seguimiento, reporta “cero” reactivos en los Recién Nacidos de madres de áreas endémicas y/o seroreactivas.

En ese sentido, Chagas pasa de ser una enfermedad desatendida a una atendida e interrumpida, lo cual es la muestra de que “atendemos todos los retos y buscamos garantizar mejor calidad de vida de los peruanos”.

La interrupción significa que el número de Chirimachas, vector que transmite la enfermedad, ha sido reducido a su mínima expresión y que actualmente no representa un riesgo para la salud pública de la Región, esto en respuesta a las acciones de prevención y control desarrolladas por el sector Salud, gobierno regional y local, así como por la población con el apoyo de la OMS/OPS.

#### 4. Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.

Se ha consolidado la Vigilancia de Rumores (vigilancia de medios), a través de lo cual se contribuye a mejorar la sensibilidad y oportunidad del sistema de alerta epidemiológica para la detección de brotes y emergencias sanitarias de manera que se implementen las acciones respuesta.

Se ha desarrollado un aplicativo para el registro y monitoreo de los rumores identificados y se evalúa en forma mensual la situación de la implementación de esta vigilancia con la finalidad de mejorar los procesos.



Se realizó un Curso Nacional de Investigación y Control de Brotes con la participación de epidemiólogos de las diferentes regiones del país.

Se ha desarrollado vía virtual reuniones/curso de actualización y capacitación a los Equipos de Alerta y Respuesta (EDAR), se desarrolló: 01 Taller Virtual de Vigilancia Post desastres como parte de la preparación frente al periodo de lluvias intensas (participaron las DIRESA/DIS: Lima Este, Lima Ciudad, Amazonas, La Libertad, San Martín, Ayacucho, Cusco, Huánuco, Loreto). 01 taller virtual para el fortalecimiento de las respuestas frente a brote de dengue (participaron las DIRESA San Martín y Ucayali).

A raíz de la ocurrencia de Tsunami, se realizó una simulación de Tsunami en el Perú y se puso en Operación todo La Red Nacional de Epidemiología de las Costas del Perú.

16 Regiones visitadas para el fortalecimiento de capacidades en temas de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.

Se brindó asistencia técnica a las DIRESAS de Arequipa y Cajamarca, para el autodiagnóstico del punto de entrada con los Aeropuertos Internacionales Alfredo Rodríguez Ballón de Arequipa y Aeropuerto Internacional Mayor General FAP Armando Revoredo de Cajamarca; así como del Paso Terrestre ubicado en Jaén en el marco del Convenio Binacional Perú – Ecuador.

Se realizó la visita de evaluación y contrastación in situ a nivel del Puerto de Ilo de la DIRESA Moquegua; en el Paso de Frontera correspondiente al Complejo Fronterizo de Santa Rosa ubicado a nivel de la DIRESA Tacna y del Aeropuerto Internacional Jorge Chávez del Callao.

En el marco de este objetivo, se han aprobado las normas referidas a: Cartilla Educativa para el desarrollo de acciones de promoción de la salud en la gestión de riesgos de desastres Se ha elaborado y validado, en proceso de impresión con UNICEF; Elaboración del Documento Técnico Intervención Integral de Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres; Lineamientos para la elaboración del Programa de atención y vigilancia epidemiológica ambiental y sanitaria” a ser aplicado en cada Emergencia Ambiental aprobado mediante R.M. N° 094-2010/MINSA, entre otros.

En el marco del Proyecto de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios en el Sur del Perú se ha realizado el Diagnóstico en 06 hospitales a nivel nacional: Hospital Regional de Cusco, Antonio Lorena (Cusco), Honorio Delgado (Arequipa), Goyeneche (Arequipa), Manuel Núñez Butrón (Puno) y el Carlos Monge Medrano (Juliaca).

Se dio inicio a la Supervisión de las Redes de Monitoreo a Nivel Nacional, siendo la primera supervisión la efectuada a la Red de la Municipalidad de Lima (Pre transportes). Y el fortalecimiento de las capacidades resolutorias de los jueces y fiscales con relación a los delitos ambientales por la inadecuada gestión y manejo de los residuos sólidos.

Se aprobó el “Plan Nacional de Gestión de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” mediante R.M. N° 373-2010/MINSA, 2010-2012, el mismo que tiene como finalidad mejorar las condiciones de higiene y seguridad de los establecimientos de salud (EESS) y servicios médicos de apoyo (SMA) a nivel nacional.



## 5. Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de salud.

En el marco de la Política de Aseguramiento Universal en Salud, en el año 2011 se alcanzó importantes avances especialmente en lo referente al número proyectado, al mes de Junio es 12 176 859 asegurados.

De esta manera, el Seguro Integral de Salud se constituye en una institución fundamental en lo que respecta a la lucha contra la pobreza, mediante el desarrollo de una estrategia efectiva que busca favorecer -especialmente- a las poblaciones pobres y extremadamente pobres del país, a través del enfoque de equidad y derechos de salud, equidad de género e interculturalidad, así como estrategia de políticas públicas, comunicación, educación, participación comunitaria y empoderamiento social, dirigido a la población pobre, extrema pobreza y aquella con limitada capacidad de pago, sujeto de intervención que es la receptora específica de las acciones que promueve el SIS, se desea alcanzar cambios en el comportamiento e impacto positivo en las condiciones de vida en nuestra población objetivo, a través del financiamiento de las prestaciones de salud.

En cuanto a la optimización de los procesos de los servicios de salud, se han acreditado 20 establecimientos de salud para la realización de Transplantes de órganos y tejidos. Se ha implementado por primera vez un programa de Transplantes renales en el Ministerio de Salud, habiéndose realizado 52 Transplantes a pacientes de escasos recursos, cubiertos totalmente por el Seguro Integral de Salud, incluyendo el tratamiento inmunosupresor de mantenimiento. Asimismo se ha incrementado el número de donantes en el país, elevando de 0.7 a 3.2 donantes por millón de habitantes. Asimismo, se han inscrito más de 15 000 personas como donantes voluntarios de órganos y tejidos para Transplantes en caso fallezcan por muerte encefálica.

Dación de la Ley N° 29632 Erradicar Elaboración y Comercialización de Bebidas Alcohólicas Informales, Adulteradas o No Aptas para Consumo Humano, cuyo objeto es dictar medidas respecto a la fabricación, elaboración, manipuleo, mezcla, transformación, preparación, acondicionamiento, envase, reenvase, almacenamiento, transporte, comercialización, distribución, expendio, suministro, importación y exportación de bebidas alcohólicas. Además de regular las medidas y procedimientos de supervisión y control del alcohol etílico, atendiendo a su condición de principal insumo para la fabricación de bebidas alcohólicas con el propósito de salvaguardar la salud de la población.

Resolución Ministerial N° 730-2010/MINSA, “Plan de Implementación de la estrategia de riego con secas intermitentes en el cultivo de arroz para el control vectorial de la malaria en regiones priorizadas del país”, cuya finalidad es contribuir a reducir el impacto sanitario y económico de la malaria en regiones priorizadas del país a través de la implementación de una estrategia de manejo ambiental para lograr el control del vector con sostenibilidad.

Acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente – PNUMA, para el financiamiento de US\$ 106,200, para la realización de proyectos piloto en América del Sur, específicamente en Bolivia y Perú, en reducir el uso de mercurio en la minería artesanal y de pequeña escala de oro, reforzada por la Decisión del Consejo de Administración.

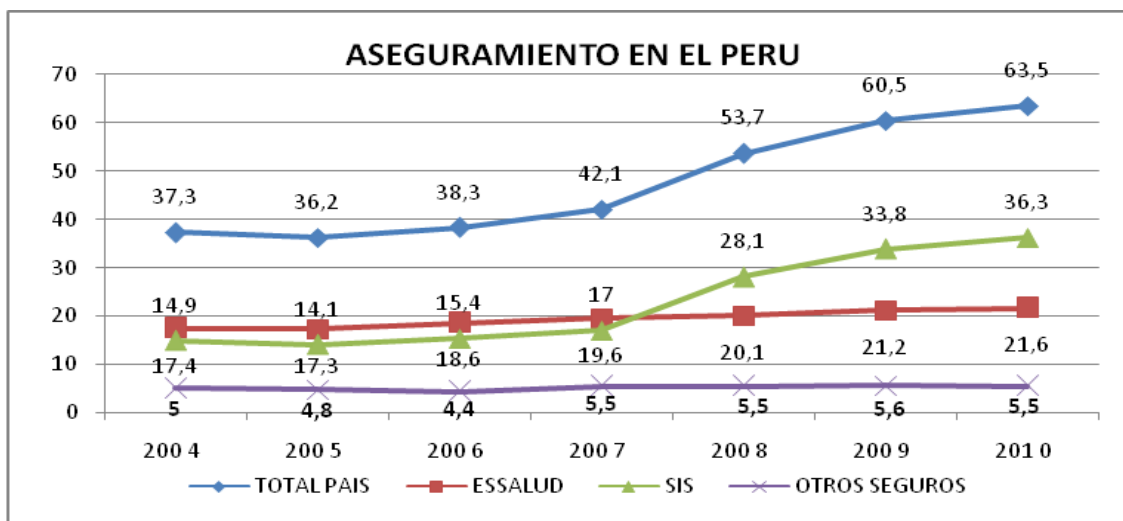


Acuerdo con el Centro Regional del Convenio de Estocolmo para América Latina y el Caribe (SCU), Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) para el financiamiento de US\$ 34,125, para el apoyo en la Implementación del Plan de Monitoreo global de COPs en los países de América Latina y el Caribe.

**7.- Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los servicios de salud.**

En el marco de la Política de Aseguramiento Universal en Salud, en el último año se alcanzó importantes avances especialmente en lo referente al número proyectado, al mes de Junio 2011 es 12 176 859 asegurados.

De esta manera, el Seguro Integral de Salud se constituye en una institución fundamental en lo que respecta a la lucha contra la pobreza, mediante el desarrollo de una estrategia efectiva que busca favorecer -especialmente- a las poblaciones pobres y extremadamente pobres del país, a través del enfoque de equidad y derechos de salud, equidad de género e interculturalidad, así como estrategia de políticas públicas, comunicación, educación, participación comunitaria y empoderamiento social, dirigido a la población pobre, extrema pobreza y aquella con limitada capacidad de pago, sujeto de intervención que es la receptora específica de las acciones que promueve el SIS, se desea alcanzar cambios en el comportamiento e impacto positivo en las condiciones de vida en nuestra población objetivo, a través del financiamiento de las prestaciones de salud.



A fines del 2010, el 63.5% de la población peruana, contaba con un seguro de salud, de este grupo, el Seguro Integral de Salud - SIS, a nivel nacional ha logrado asegurar al 36.3%, habiéndose generado el crecimiento del acceso al aseguramiento durante los últimos años en base a las afiliaciones al Seguro Integral de Salud, especialmente de población pobre y extremadamente pobre.



En el año 2010, el Seguro Integral de Salud financió 30 994 797 de atenciones de salud con un valor de producción de S/. 448 048 343.00. El 18% de éstas fueron brindadas a niños de 0 a 4 años seguidos del 20 por ciento a adultos de 20 – 59 años.

La Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (LMAUS), en su Artículo 9º, crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) sobre la base de la SEPS como organismo público técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud (MINSA), con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia. La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, es la encargada de registrar, autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y de todas las entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular o anticipado. Así también, supervisa que el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por el intercambio de los servicios proteja los intereses de los asegurados. Para ejercer sus funciones la SUNASA<sup>3</sup> goza de facultades sancionadoras.

Con la aprobación del Reglamento de la Ley con el DS N° 008-2010-SA, se detallan las funciones así como las facultades que tiene la SUNASA a nivel nacional, incorporándose bajo su ámbito de acción a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). En dicho marco, la entidad no cambia ni elimina sus funciones, más bien, son ampliadas.

Es así que se establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como también dispone las funciones y competencias de los diferentes agentes participantes.

Antes, es preciso mencionar que en setiembre de 2010 se intensificó el rol de la SUNASA en el marco del AUS, en razón de haberse designado el primer Consejo Directivo de la SUNASA.

### **3.- PERSPECTIVA 2012-2016**

Las acciones del sector salud han sido enmarcadas en el segundo eje estratégico, que es la igualdad de derechos, oportunidades y metas sociales, alineadas con los objetivos del milenio, lo que supone una reforma profunda y gradual del Estado, de sus relaciones con la sociedad, y una reforma política.

En dicho panorama, el Sector Salud se ha propuesto un conjunto de intervenciones para mejorar la salud de la población del país, establecer las bases para poner en marcha el Sistema Nacional de Salud, que garantice el derecho a la salud para todos, fortalecer el primer nivel de atención y los mecanismos de aseguramiento de las personas más pobres del país, prioritaria e inicialmente de las zonas rurales.

Para el año 2012, se ha previsto alcanzar metas en concordancia con los Lineamientos de Política al año 2016, y que se detallan a continuación:

---

<sup>3</sup> Siglas establecidas según el Reglamento de la Ley N° 29344 aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA del **03 de abril de 2010**.



Sobre la base de los ejes, se han establecido los grandes **objetivos Estratégicos** para el periodo 2011 – 2016, referidos:

- Reducir la mortalidad materna y neonatal en la población más vulnerable.
  - Disminuir la razón de muerte materna de 93 por 100,000 mil nacidos vivos a 66.
  - Incrementar la cobertura del parto institucional en la gestantes procedentes del primer quintil de pobreza de 49.1% a 75%.
  - Reducir las necesidades insatisfechas en anticonceptivos de 9% a 6 %
  - Disminuir la proporción de embarazo en adolescentes de 13.7% a 11%.
  
- Reducir la desnutrición Crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza.
  - Disminuir la tasa de mortalidad neonatal en zona rural de 17 a 9 por 1,000
  - Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años del primer quintil de pobreza de 37 a 22%.
  - Disminuir la proporción de niños de 6 a 36 meses con anemia del primer quintil de pobreza, de 49.9 a 25%.
  
- Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
  - Disminuir la proporción de mujeres mayores de 10 años con exceso de peso y obesidad, en escolares (6-17 años) con sobrepeso y obesidad en zonas urbanas de 20% a 17%, con coordinación intersectorial.



- Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.
  - Alcanzar el 95% de cobertura en Vacunas básicas completas.
  - Disminuir el riesgo anual de tuberculosis en escolares de Lima Metropolitana (dato 2007) de 0.83 a 0.5 %.
- Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.
  - Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en las regiones más pobres del país
  - Mejorar la capacidad resolutive en los diferentes niveles de atención.
  - Garantizar el acceso a los servicios de salud y la atención rápida y oportuna de la población que presenta una patología urgente o una emergencia.
- Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los servicios de salud.

#### **Principales Acciones a Desarrollar:**

- Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud con articulación multisectorial
  - Lograr estilos de vida saludables en las personas, familias y entornos saludables en las comunidades, que coadyuven a controlar las enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas.
  - Fortalecer las redes de municipios saludables con quienes se fomentará el desarrollo de propuestas e intervenciones creativas orientadas a lograr el bienestar social.
- Garantizar el acceso y el financiamiento del paquete de prestaciones sanitarias establecido en el Seguro Integral de Salud, según estándares de calidad vigente y aplicable a todas las instituciones prestadoras del sistema de salud.
  - Se incluirá la atención de enfermedades crónicas y degenerativas, desde su detección hasta su tratamiento.
  - Se iniciará con la atención de cinco enfermedades de alto costo, cáncer de cuello de útero, mama, estomago, colon y próstata.
  - Se articulará la prestación de servicios de salud a través de alianzas estratégicas entre entidades prestadoras con el propósito de complementar servicios.
  - Se establecerán las condiciones y mecanismos para la habilitación y acreditación de establecimientos de salud públicos y privados según estándares de calidad.
  - Se fortalecerá la acción de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA, encargada de la defensa de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.
- El fortalecimiento de la oferta de salud en las regiones más pobres del país: Apurímac, Ayacucho, Amazonas, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica Puno, Loreto y Ucayali.
  - Se construirá un hospital en cada provincia en donde actualmente no se dispone de estos.
  - Se mejorará la capacidad resolutive en los diferentes niveles de atención.
  - Se procederá el nombramiento de personal de salud en las zonas más alejadas del país.



- En cuanto a los recursos humanos, se mejorará el desarrollo de las competencias y capacidades del personal de salud con orientación en la atención primaria de salud; se incrementará la presencia de médicos especialistas a nivel nacional, a través de una política de reconocimiento e incentivos, se desarrollará una política de asistencia técnica a distancia y el uso de la telemedicina.