





# Plan Nacional Concertado de Salud

Julio 2007

**EL PERU  
AVANZA**

**Dr. Alan García Pérez**  
**Presidente Constitucional del Perú**

**Dr. Jorge del Castillo Gálvez**  
**Presidente del Consejo de Ministros**

**Dr. Carlos Vallejos Sologuren**  
**Ministro de Salud**

**Deposito Legal N°. 2007-08008**

**Impresión y Diagramación: Kinko´s Impresores S.A.C.**

*“La política del siglo XXI es la política de la concertación”  
Modernidad y Política en el Siglo XXI.*

*Alan García Pérez*



# Presidentes Regionales y Directores Regionales de Salud

REGION	PRESIDENTE REGIONAL	DIRECTOR DIRESA / DISA
Amazonas	Ing. Oscar Altamirano Quispe	Dr. Orlando Clendenes Alvarado
Ancash	CPC. Cesar Alvarez Aguilar	Dr. Edgar Caballero Cano
Apurimac	Ing. David Salazar Morote	Dr. Elio Mauro Vidal Robles
Arequipa	Dr. Juan Guillen Benavides	Dr. Miguel Alayza Angles
Ayacucho	Ing. Isaac Molina Chavez	Dr. Oscar Gamarra Morales
Cajamarca	Eco. Jesús Coronel Salirrosas	Dra. Doris Cabanillas Palomino
Cusco	Lic. Hugo Gonzáles Sayan	Dr. Alberto Caro Palavicini
Huancavelica	Lic. Luis Salas Guevara Schultz	Mg. Olga Belinda Garcia Inga
Huanuco	Dr. Jorge Espinoza Egoavil	Dr. Heriberto Hidalgo Carrasco
Ica	Dr. Romulo Triveño Pinto	Dr. Brian Donayre Palomino
Junín	Lic. Vladimiro Huaroc Portocarrero	Dr. Daniel Zarate Dominguez
La Libertad	Ing. José Murgia Zannier	Dr. Henry Rebaza Iparraguirre
Lambayeque	Dr. Yehude Simon Munaro	Dr. Víctor Echeandia Arellano
Loreto	Lic. Ivan Vásquez Valera	Dra. Carmen Montalvan Inga
Madre de Dios	CPC. Santos Kaway Komory	Dr. Carlos Contreras Rios
Moquegua	Lic. Jaime Rodríguez Villanueva	Dr. Héctor Salas Arenas
Pasco	Lic. Felix Rivera Serrano	Dra. Alcida Romero Arzapalo
Piura	Dr. César Trelles Lara	Dr. Walter Vegas Olaya
Puno	Dr. Pablo Hernán Fuentes Guzmán	Dr. Luis Maldonado Neyra
San Martín	Eco. César Villanueva Arévalo	Dra. Neptali Santillan Ruiz
Tacna	Eco. Hugo Ordoñez Salazar	Dr. Carlos Palao Castelles
Tumbes	Ing. Wilmer Dios Benites	Dr. Fernando Quintana Infante
Ucayali	Dr. Jorge Velásquez Portocarrero	Dr. César Becerra Rojas
Callao	Eco. Alex Kouri Bumachar	Dr. César Ramirez Romero
Lima Provincias	Ing. Nelson Oswaldo Chui Mejia	Dr. Angel Iribari Poicon
Lima Metropolitana	Dr. Luis Castañeda Lossio	Dr. Jaime Arnao Ortecho (Lima Ciudad) Dr. Víctor Guevara Florian (Lima Sur) Dr. Felipe Paredes Campos (Lima Este)

## Conducción

Consejo Nacional de Salud

## Coordinador General:

Dr. José Gilmer Calderón Yberico  
Viceministro de Salud

## Coordinadora del Equipo Técnico Responsable:

Dra. Elsa María Mantilla Portocarrero

## Equipo Técnico Responsable:

Dr. Esteban Martín Chiotti Kaneshima  
Dra. Paulina Giusti Hundskof  
Dr. Edward Alcides Cruz Sánchez  
Dr. Julio Francisco Ríos Peña

## Colaboradores:

Dr. Rigoberto Centeno OPS  
Dr. German Perdomo OPS  
Dr. Anibal Velásquez Valdivia PRAES  
Dra. Midori de Habich PRAES

## Equipo técnico de apoyo

Dr. Víctor Alejandro Dongo Zegarra  
Dra. María del Carmen Gastañaga Ruíz  
Eco. Elena Mercedes Tanaka Torres  
Sra. Tatiana Berger Villegas  
Lic. Cesar Augusto Alcántara Loayza  
Dra. María Beatriz Ugaz Estrada  
Lic. Miriam Strul Farias  
Dr. Victor Javier Correa Tineo  
Ps. Nancy Virrueta Jimenez  
Dra. Nora Reyes Puma  
Dr. Eddy Santos Espinoza Alvarez  
Dr. Luis Miguel León García  
Dra. Fresia Ismelda Cárdenas García  
Dr. Pedro Manuel Abad Barredo  
Dr. Hugo Alejandro Lozada Rocca  
Dr. Carlos Manuel Acosta Saal

## Apoyo institucional

Consejos Regionales de Salud  
Asociación Civil Transparencia  
Mesa de Concertación de Lucha  
Contra la Pobreza  
Oficina Nacional de Procesos  
ElectORALES - ONPE

## Editores diagramación y revisión:

Ing. Jessica del Rocio Torres Pérez  
Eco. Betty Halem Gaviria Jiménez  
CPC. José Luis Marcani Villegas  
Est. Luis Antonio Infantes Oblitas



# Resolución Ministerial



Lima, 20 de Julio del 2007

Visto: el Expediente N° 07-068112-001, que contiene el Oficio N° 5970-2007-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas.

**CONSIDERANDO:**



J. Calderón Y.

Que, la Constitución Política del Perú establece en su Artículo 9° que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;



E.M. Tanaka T.

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y promoverla; igualmente, el numeral VI del mismo Título, señala que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



E.M. Chnottik

Que, asimismo, el artículo 2° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona;



E.M. Zumarán A.

Que, el artículo 1° de la Ley N° 27813 – Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud – SNCDS, establece que tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud;

Que, asimismo, la mencionada Ley N° 27813 dispone que es función del Consejo Nacional de Salud, entre otras, proponer la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud como parte de la política nacional de desarrollo;

Que, el artículo 1° del Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, en el cual se define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, establece que se entiende por política nacional toda norma que con ese nombre emite el Poder Ejecutivo en su calidad de ente rector, con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública, así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios y el normal desarrollo de las actividades privadas;

Que, el Ministerio de Salud ha llevado a cabo un proceso de planificación técnico, político y social para elaborar el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), iniciado con la conformación de la comisión por Resolución Ministerial N° 1081-2006/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N° 1133-2006/MINSA, encargada de elaborar la propuesta técnica de dicho plan;

Que, la mencionada comisión, con Oficio N° 218-2007-DVM/MINSA de fecha 23 de marzo de 2007, presentó la propuesta técnica del Plan Nacional Concertado de Salud la que fue aprobada por el Consejo Nacional en su sesión N° 56 mediante el acuerdo N° 327;



J. Calderón Y.

Que dicha propuesta técnica ha sido sometida a una amplia consulta a nivel nacional con la participación de los Gobiernos Regionales, los Gobiernos Locales y la Sociedad Civil;

Que, por las consideraciones expuestas es necesario aprobar el Plan Nacional Concertado de Salud que se constituirá en un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del Estado orientada a mejorar la situación de salud de la población;



E.M. Tanaka T.

Con las visaciones del Viceministro de Salud, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Dirección General de Promoción de la Salud y la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) y e) del artículo 3° y en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.



**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el “Plan Nacional Concertado de Salud”, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



E.M. CHOTTI K.

**Artículo 2°.-** La Oficina General de Comunicaciones es la responsable de la publicación del contenido de la Resolución Ministerial en el Portal de Internet del Ministerio de Salud.



v. Zumarán A.

**Regístrese, comuníquese y publíquese**

**CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN**  
Ministro de Salud



# INDICE



Prólogo .....	i
Presentación .....	ii
Agradecimientos .....	iii

## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes: Construyendo el Plan Nacional Concertado de Salud

1.1 Objetivos del Milenio .....	4
1.2 Acuerdo Nacional .....	4
1.3 Acuerdo de Partidos Políticos en Salud .....	5
1.4 Construcción del Plan .....	5

## CAPITULO I

### Principios y Visión

1.1 Principios .....	8
1.2 Enfoques .....	8
1.3 Visión .....	9

## CAPÍTULO II

### Situación de Salud y sus principales problemas

2.1 Situación de Salud en el Perú .....	12
2.2 Problemas Sanitarios .....	13
2.3 Problemas del Sistema de salud .....	13
2.4 Problemas de los Determinantes .....	14

## CAPÍTULO III

### Lineamientos, Objetivos, Metas y Estrategias

3.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007 - 2020 .....	16
3.2 OBJETIVOS .....	20
3.2.1 Objetivos Sanitarios Nacionales 2007 - 2020 .....	20
3.2.2 Objetivos del Sistema de Salud 2007 - 2011 .....	20
3.2.3 Objetivos de los Determinantes .....	21
3.3 METAS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES .....	21
3.3.1 EN LOS OBJETIVOS SANITARIOS .....	21
Reducir la mortalidad materna .....	21
Reducir la mortalidad infantil .....	22
Reducir la desnutrición infantil .....	22
Controlar las enfermedades transmisibles .....	23
Controlar las enfermedades transmisibles regionales .....	24
Mejorar la salud mental .....	25
Controlar las enfermedades crónico degenerativas .....	25
Reducir la mortalidad por cáncer .....	26
Reducir la mortalidad por accidentes y lesiones intencionales .....	26
Mejorar la calidad de vida del discapacitado .....	27
Mejorar la salud bucal .....	27



# INDICE

<b>3.3.2 EN EL SISTEMA DE SALUD</b> .....	<b>27</b>
Aseguramiento universal en salud .....	27
Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local .....	28
Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud .....	28
Desarrollo de los recursos humanos .....	29
Medicamentos de calidad para todos/as .....	30
Financiamiento en función de resultados .....	30
Desarrollo de la rectoría del sistema de salud .....	31
Participación ciudadana en salud .....	31
<b>3.3.3 EN LOS DETERMINANTES</b> .....	<b>32</b>
Agua y saneamiento .....	32
Exclusión social: Pobreza, Ingreso y Empleo .....	32
Medio ambiente .....	32
Salud ocupacional y seguridad en el trabajo .....	33
Seguridad alimentaria y nutricional .....	33
Seguridad ciudadana .....	34
Educación .....	34

## **CAPITULO IV**

<b>Evaluación y Vigilancia</b> .....	<b>39</b>
--------------------------------------	-----------

## **ANEXOS**

<b>Anexo 1: Principales problemas sanitarios</b> .....	<b>42</b>
<b>Anexo 2: Principales problemas del sistema de salud</b> .....	<b>64</b>
<b>Anexo 3: Principales problemas de los determinantes</b> .....	<b>76</b>

<b>Listado de facilitadores y participantes</b> .....	<b>93</b>
---	-----------

<b>Glosario</b> .....	<b>107</b>
-----------------------	------------



# Prólogo

La salud de nuestro país en la actualidad atraviesa aún una situación difícil, problemas de enfermedades transmisibles se combinan con las no transmisibles, configurando una morbi mortalidad compleja a la cual hay que darle respuesta desde el sistema de salud, este tiene aún dificultades para llegar a todo los peruanos y hacer que tengan un adecuado acceso a los servicios de salud, esto configura una situación de salud compleja y difícil.

Las múltiples reformas emprendidas en el sector salud en el Perú en las últimas décadas, sólo han conseguido que la palabra reforma sea poco creíble debido al pobre impacto logrado en la salud pública en nuestro país. El enfoque tradicional asumido de considerar los daños de la salud como punto de partida para elaborar programas y estrategias no ha logrado alcanzar los resultados esperados. El priorizar la recuperación de la enfermedad desencadenó un círculo vicioso empobreciendo más nuestras precarias economías y, mostrando un poco y/o nulo impacto en la salud pública de nuestro país. La implementación de políticas sin objetivos y metas cuantificables y concretas ha originado acciones aisladas, contingenciales y poco participativas, que debilitaron la rectoría del sector dentro del sistema de salud fragmentado.

Un cambio fundamental y uno de los logros más importantes en la Salud Pública del Mundo es el de considerar a los determinantes sociales como el componente más importante para alcanzar la Salud. El abordaje multisectorial de este Gobierno ha colocado el tema de Salud en la agenda de todos los sectores abordando de esta manera la mejora de los principales determinantes de la Salud.

En ese contexto el gobierno está facilitando el acceso a viviendas con servicios básicos, creando el programa "Agua para Todos"; la reducción de la desnutrición crónica infantil a través de la estrategia "Crecer" que busca articular los esfuerzos de manera multisectorial para desarrollar intervenciones costo efectivas que logren la meta de disminuir en cinco puntos porcentuales en los

próximos cinco años la desnutrición crónica infantil, así mismo enfrentar la lucha contra la pobreza generando inversión, promoción del empleo y expandiendo el apoyo subsidiado temporal a los más pobres con el programa Juntos; se ha fijado la meta de cero analfabetos en cinco años; se está apoyando la salud en las zonas alto andinas del Perú, que durante muchos años fueron excluidas, mediante el Programa Sembrando y el Programa Sierra Exportadora; la lucha contra la Violencia y la equidad de género, y muchas otras.

Este esfuerzo se hace en el marco de los principios que desarrolla nuestro Gobierno en la actualidad que son la austeridad, la simplificación y la descentralización que buscan hacer más eficaz y eficiente la gestión del estado en beneficio de todos los ciudadanos. El Perú en la actualidad ha logrado un crecimiento económico que ha permitido priorizar e incrementar la inversión social, lo que nos permitirá acercarnos al promedio de gasto en salud de la Región, fortaleciendo el Sistema de Salud del Perú sobre la base del Aseguramiento Universal, impulsando la descentralización, fortaleciendo la rectoría del sector, transfiriendo el poder a los Gobiernos Regionales y Locales, como expresión amplia de la democracia y la justicia social.

El presente Plan Nacional Concertado de Salud, elaborado en un amplio proceso participativo con todas las regiones del país, define un horizonte de trabajo que fija los objetivos y metas de salud en el mediano y largo plazo para el 2007 - 2020, ordenando y optimizando los roles de todos los actores del sistema. Enmarcado en los objetivos del Milenio, el Acuerdo Nacional y el Consenso de Partidos Políticos en Salud, contribuirá efectivamente a alcanzar el mundo saludable y seguro que todos los peruanos aspiramos.

El logro de estos objetivos permitirá acercar la justicia social a los más necesitados, haciendo a nuestro país más democrático, más solidario, más equitativo y justo donde la pobreza sea derrotada

Dr. Carlos Vallejos Sologuren  
Ministro de Salud



# Presentación

En el Perú, en los últimos 30 años, han existido diferentes esfuerzos de identificación de prioridades, de planteamientos de objetivos y metas en salud. En estos esfuerzos, los aspectos referidos al funcionamiento del sistema de salud y los determinantes de la salud no han sido considerados suficientemente.

Sin embargo, en los últimos 10 años, se han desarrollado diferentes experiencias y procesos técnicos y sociales para identificar los principales problemas de salud. Asimismo, se han realizado iniciativas políticas de concertación y acuerdos con el fin de dirigir los esfuerzos y recursos para enfrentar los problemas identificados.

Destacan como iniciativas de concertación el Acuerdo Nacional que contempla lineamientos de política en salud; los diagnósticos participativos en salud; los Planes Concertados y Participativos en Salud, que constituyen la política sanitaria de los gobiernos regionales; el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud a nivel nacional y los acuerdos en salud de los partidos políticos regionales en todo el país.

En este escenario es imprescindible una planificación integral y a largo plazo, para lograr la continuidad y sostenibilidad de las políticas y acciones en salud, así como una asignación más eficiente de los recursos.

Por esta razón el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar el presente Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS). Este plan constituye un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permitirán, mejorar el estado de salud de la población

del país, en especial de la menos favorecida en un horizonte futuro.

Mediante este instrumento se busca mejorar el estado de salud de la población, con un enfoque de género, de derechos humanos, reconociendo la interculturalidad del país, la biodiversidad y que la salud es un derecho fundamental.

En el se presenta la problemática de la salud del país en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento del sistema de salud y, finalmente, los problemas ligados a los determinantes de la salud, en el convencimiento que la salud de la población trasciende los límites del sector salud, Los problemas ligados a agua y saneamiento, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores en la planificación de objetivos y estrategias de mejora en estos aspectos.

Por último, es necesario, hoy, reconocer que el proceso participativo del Plan Nacional Concertado de Salud ha sido posible gracias a la voluntad política gubernamental, así como a las lecciones y avances de los últimos años en materia de planificación y concertación.

Este proceso ha marcado un hito en el camino de la concertación Estado - Sociedad civil, ya que es la primera vez que se realiza una consulta y discusión de una propuesta de plan nacional de salud en todo el país, con participación del Gobierno Nacional, Regional, Local y Sociedad Civil. Marca el inicio de un proceso de participación que se ira perfeccionando en el futuro.

Dr. José Gilmer Calderón Yberico  
Viceministro de Salud



## Agradecimientos

A los Gobiernos Regionales, a través de sus presidentes, quienes hicieron posible en cada una de sus regiones el proceso participativo de consulta de la propuesta técnica del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), que se tradujo en importantes aportes que han sido incorporados en la versión final que hoy tenemos entre manos.

A los Gobiernos Locales, las organizaciones de la sociedad civil y los ciudadanos y ciudadanas que participaron en las reuniones regionales de consulta del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS).

A la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, a la Asociación Civil Transparencia y a la Oficina Nacional de Procesos Electorales por su valiosa contribución al proceso de consulta, permitiendo la efectiva participación de la sociedad civil en dicha consulta, observando y dando aportes

para mejorar su participación y en la selección de los ciudadanos participantes en el proceso.

A todas las instituciones vinculadas al sector salud que con su aporte técnico contribuyeron a mejorar la propuesta técnica del PNCS.

A los facilitadores de las reuniones de consulta regionales que con su esfuerzo y dedicación contribuyeron al desarrollo exitoso del proceso de consulta del PNCS.

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al proyecto Promoviendo Alianzas y Estrategias en salud (PRAES-USAID), por su apoyo técnico y acompañamiento constante en el proceso técnico y participativo de formulación del Plan Nacional Concertado de Salud.





# Introducción

El Plan Nacional Concertado de Salud que se presenta aquí ha sido elaborado sobre la base de acuerdos políticos previos, como el Acuerdo Nacional, el Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud, los Objetivos del Milenio, y sobre procesos previos nacionales y regionales de definición de prioridades que deben ser tratadas en materia de salud.

Se organiza la problemática de salud y las estrategias para enfrentarla en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los del sistema de salud y los determinantes de la salud. Esto último en el entendido que la salud de las personas es influida directamente por las condiciones en las éstas se desenvuelven, tanto en el hogar como en el trabajo.

El documento detalla el proceso participativo seguido para la formulación del Plan Nacional Concertado de Salud, luego presenta los principios que rigen el accionar del sector y los enfoques a tener en cuenta para implementar las estrategias y acciones necesarias.

Se enumera y describe las políticas de salud, luego se detallan los objetivos, las metas a alcanzar al 2011 y las estrategias para la implementación de cada una de las políticas descritas en relación a los problemas sanitarios y del sistema de salud. En el caso de los determinantes de salud se señalan objetivos, resultados esperados y estrategias relevantes.

Se presenta luego el detalle descriptivo de cada objetivo enumerado, analizando la situación actual del problema y detallando los objetivos, metas, estrategias e indicadores para cada uno de ellos.

Finalmente se presenta el proceso de evaluación a seguir para el presente plan haciendo hincapié en la necesidad de una estrategia dinámica participativa para su vigilancia, monitoreo y evaluación.



# Antecedentes



**Construyendo**  
Construyendo el Plan Nacional  
Concertado de Salud



Antecedentes:

## Construyendo el Plan Nacional Concertado de Salud

El Plan Nacional Concertado de Salud se sostiene en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en las prioridades de salud que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud realizado el año 2006.

### 1.1 OBJETIVOS DEL MILENIO

Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, consideran desde reducir a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA, constituyendo un plan convenido por todas las naciones e instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. Su cumplimiento servirá para salvar millones de vidas humanas y vivir en un mundo menos peligroso y más estable. En este contexto se han identificado los objetivos que corresponden al Sector Salud:

#### **Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

#### **Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer**

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015

#### **Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años**

Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

#### **Objetivo 5. Mejorar la salud materna**

Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

#### **Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**

Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

#### **Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**

Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

#### **Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**

Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

### 1.2 ACUERDO NACIONAL

El 22 de julio del 2002, los líderes de los partidos políticos, organizaciones sociales e instituciones religiosas, firmaron el Acuerdo Nacional (AN), luego de 8 sesiones plenarias del foro, definiendo las 29 políticas de Estado, como base de la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro.

Los participantes del Acuerdo Nacional aprobaron un conjunto de políticas de Estado, dirigido a alcanzar cuatro grandes objetivos, en cada uno con los siguientes compromisos relacionados a la salud de la población.

### DEMOCRACIA Y ESTADO DE DERECHO

El Estado de Derecho y Democracia representativa son garantía del imperio de la justicia y de la vigencia de los derechos, así como un aspecto esencial conducente a lograr la paz y el desarrollo del país.

**Primera Política:** Fortalecimiento del Régimen Democrático y del Estado de Derecho.

**Cuarta Política:** Institucionalización del Diálogo y la Concertación.

**Octava Política:** Descentralización Política, Económica y Administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

### EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

El desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los peruanos y peruanas, sin discriminación, constituyen el eje principal de la acción del Estado.

**Décima Política:** Reducción de la Pobreza.

**Décimo Primera:** Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación.

## Antecedentes: Construyendo el Plan Nacional Concertado de Salud



**Décimo Tercera:** Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.

**Décimo Quinta:** Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición.

**Décimo Sexta:** Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.

### Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

**Vigésimo Cuarta:** Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente.

### 1.3 ACUERDO DE PARTIDOS POLÍTICOS EN SALUD

El año 2006 diversos partidos políticos asumieron el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a la salud pública que, como expresión del derecho a la salud de peruanos y peruanas, se traduzcan en políticas sanitarias a aplicarse en el próximo período de gobierno 2006-2011 en beneficio de la población, avanzando sobre lo ya construido por el país.

Como expresión de este trabajo concertado, los representantes de salud de los partidos políticos aprobaron 65 líneas de acción a aplicar en salud en el período de gobierno 2006-2011, en las áreas de reforma del sector como:

- El aseguramiento universal.
- El financiamiento en salud.
- La descentralización del sector.
- La participación ciudadana.
- El acceso y disponibilidad de medicamentos.

Asimismo, frente a los problemas de:

- Salud Infantil
- Salud Materna
- VIH-SIDA, Malaria y TBC.

Dicho acuerdo ha sido suscrito por las direcciones políticas de 16 partidos políticos y fue entregado para su ejecución al Ministerio de Salud y para su seguimiento a la Defensoría del Pueblo, al Acuerdo Nacional y a Foro Salud.

### 1.4 CONSTRUCCIÓN DEL PLAN

La formulación del Plan Nacional Concertado de Salud (PCNS) tuvo las siguientes etapas:

- Elaboración de la Propuesta Técnica del Plan, a cargo de una comisión<sup>1</sup> encargada de elaborar la propuesta técnica, con la participación de los equipos técnicos

de las principales direcciones y oficinas generales del Ministerio de Salud (Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Promoción de la Salud, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Oficina General de Estadística e Informática) y de otras instituciones tales como: el Colegio Médico del Perú, ForoSalud, Asociación de Clínicas Privadas.

- Taller de Validación de la propuesta técnica, que se enriqueció con el aporte de diversas instituciones académicas, colegios profesionales, instituciones vinculadas al tema de salud, y agencias cooperantes, luego de la discusión de la situación actual de cada uno de los problemas del sistema de salud, de los determinantes de la salud, así como, de las intervenciones y estrategias que deberían ser implementadas.
- Consultas Regionales, se recogieron aportes a la propuesta técnica del Plan, con la participación del gobierno regional, gobiernos locales, sociedad civil organizada y no organizada, con una participación total de 2000 ciudadanos convocados por los Gobiernos Regionales. Las cuales se realizaron en: Madre de Dios, Amazonas, Tacna, Callao, Ancash, Cajamarca, Huanuco, Ica, Loreto, Moquegua, Pasco, Tumbes, Apurímac, Ayacucho, Junín, Piura, Puno, Lambayeque, Arequipa, Ucayali, San Martín, Huancavelica, Cusco, Lima Metropolitana y Lima Provincias, sumando un total de 25.
- Taller de Determinantes de la Salud, grupos de expertos desarrollaron las fichas técnicas de los determinantes de la salud las que fueron revisadas y ajustadas en un taller por los equipos técnicos de los sectores de Vivienda, Salud, Educación, Interior, Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social (MINDES), Dirección General de Saneamiento Ambiental (DIGESA), Consejo Nacional de Ciencia y Contenido (CONCYTEC), Programas sociales (JUNTOS), municipios y otros.
- Los procesos de consulta desarrollados por el Consejo Nacional de Salud (CNS). Tanto en los eventos regionales, como en los macroregionales, tuvieron importantes aportes, en especial en la determinación de los principales determinantes de la salud y en el análisis de sus principales causas. Aportes que han sido incorporados en el presente documento.
- Asimismo, han sido importantes los aportes alcanzados por las agencias de cooperación, tales como: OPS, CARE-Perú y UNICEF.

<sup>1</sup> RM N° 1081-2006/MINSA Comisión Encargada de elaborar la Propuesta Técnica del Plan Nacional Concertado de Salud.



## Capítulo I

GOBIERNO REGIONAL  
MADRE DE DIOS

NUESTRA OPINION ES IMPORTANTE

**PROPUESTA TECNICA DEL PLAN NACIONAL  
CONCERTADO DE SALUD**

**09 DE JUNIO 2007**

MINSa y tu Juntos por tu Bienestar

Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú

MINISTERIO DE SALUD  
Personas que tendemos personas

# Principios y Visión



## Capítulo I Principios y Visión

El Plan Nacional Concertado de Salud se fundamenta en principios orientadores y enfoques transversales que se ven reflejados en su visión, objetivos y estrategias.

### 1.1 PRINCIPIOS

Son principios rectores que guiarán las acciones expresadas en el Plan Nacional Concertado de Salud.

#### **Universalidad:**

Es uno de los pilares sobre el cual el Estado debe garantizar el bienestar para todos

#### **Inclusión social:**

El Estado brinda los servicios de salud e implementa estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.

#### **Equidad:**

Es la oportunidad para todos de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.

#### **Integralidad:**

El Estado asume que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial, por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad.

#### **Complementariedad:**

La salud tiene diversas dimensiones o factores que la afectan, por tanto, requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas que de manera articulada podrán tener mayor eficiencia e impacto.

#### **Eficiencia:**

Porque se espera que las intervenciones y estrategias tengan la capacidad para lograr beneficios en la salud empleando los mejores medios posibles y maximizando el uso de los recursos, las estrategias deberían estar basadas en evidencias y los resultados deberían estar expresados en metas mensurables.

Frente al riesgo de elegir solamente aquellas intervenciones menos costosas o en lugares con mayor probabilidad de éxito o impacto por ser áreas accesibles, con mayor población y con mejores condiciones es necesario apoyarse en los principios de calidad y solidaridad.

#### **Calidad:**

El servicio satisface las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz respetando sus derechos.

#### **Solidaridad:**

Este principio exige que los más ganados contribuyan por los más pobres, el más sano por el menos sano y el más joven por el de mayor edad.

#### **Sostenibilidad:**

Garantiza la continuidad de las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.

### 1.2 ENFOQUES

El PNCS considera los siguientes enfoques que cruzan cada uno de sus componentes y que se expresarán en las intervenciones y estrategias.

#### **Derecho a la salud:**

Se basa en el respeto a la dignidad de toda persona que implica la obligación estatal inmediata de brindar garantías para la igualdad en el trato y la no discriminación en la atención de la salud. Lo cual, es fundamental para garantizar el acceso de la población excluida y más vulnerable a servicios de salud oportunos y de calidad.

El enfoque de derechos, entonces, constituye el conjunto de procesos y prácticas mediante las cuales la gente hace que los derechos sean una realidad (se garanticen, se respeten y se protejan de manera eficaz y universal).

#### **Equidad de género:**

El Estado garantiza la salud de la mujer, para tal efecto establece políticas que garantizan su pleno derecho a la salud, en especial en su condición de mujer y madre.

#### **Interculturalidad:**

Consiste en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, ofreciendo servicios de calidad que respetan las creencias locales e incorporan sus costumbres a la atención.

#### **Participación Social:**

Permite ampliar la base del capital social en las acciones a favor de la salud de la población, definir prioridades, generar compromisos y vigilar su cumplimiento.

#### **Comunicación en salud:**

La comunicación para la salud, es un proceso estratégico social y político que desarrolla, incrementa y promueve la educación en el derecho a la salud de la sociedad para lograr una vida plena de todos nuestros ciudadanos, a través de prácticas transparentes de transmisión y difusión de información, que garanticen el acceso a conocimientos y permitan cambios de actitudes y prácticas saludables.

## 1.3 Visión

### Salud para todos y todas



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.

Con el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y la Sociedad Civil que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.



## Capítulo II



# Situación de Salud

Situación de Salud y sus principales problemas



## Capítulo II

# Situación de Salud y sus Principales Problemas

### 2.1 SITUACION DE SALUD PERU

Se estima que la población peruana asciende aproximadamente a 28 millones de habitantes, siendo Lima la región que concentra casi el 30% de la población nacional. Las regiones de Piura, La Libertad, Cajamarca, Puno, Junín y Cusco en conjunto concentran otro 31%.

La población del Perú se encuentra relativamente urbanizada; mientras que en 1940 el 35.4% vivía en las ciudades, para el año 2005 se calcula que este porcentaje se ha incrementado al 72%<sup>2</sup>. Este incremento tiene un efecto positivo al tener mayor acceso a los bienes y servicios de salud y por otro lado un efecto adverso al asociarse con factores de riesgo relacionados a los entornos urbanos.

En los últimos años, se han observado cambios importantes en la composición de la población, determinando que la proporción de adultos mayores sea cada vez mayor. Así, en los últimos 50 años casi se duplicó el índice de envejecimiento y la próxima duplicación se espera que sea en sólo 20 años. La Esperanza de Vida al Nacer está en 71.2 años y todas las regiones han mostrado incremento de este indicador en los últimos 30 años.

Desde 1950 la Tasa Bruta de Mortalidad en el Perú ha presentado una tendencia descendente, lo que en gran parte es atribuida a la disminución de la mortalidad infantil. La edad promedio de fallecimiento de un peruano es de 52 años, mientras que la mitad de las muertes que ocurren en el país se presenta antes de los 63 años; cifras que varían al interior del país. En las regiones de Pasco, Huánuco, Ucayali y Madre de Dios, el promedio está por debajo de los 45 años y la mitad de sus muertes ocurre antes de los 50 años.

Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades del sistema urinario y las enfermedades del aparato circulatorio son las principales causas de muerte con tasas de 83.5, 28.0 y 25.9 por 100 mil habitantes respectivamente. Las muertes por cirrosis, los eventos de intención no determinada (principalmente accidentes de tránsito), el VIH-SIDA y la tuberculosis son mayores en los hombres con respecto a las mujeres.

En el ámbito rural, las muertes producidas por los eventos de intención no determinada, los trastornos respiratorios del periodo perinatal y la patología quirúrgica de emergencia como las apendicitis, presentan tasas de mortalidad superiores al promedio nacional.

Con respecto a la morbilidad, las enfermedades de las vías respiratorias superiores ocupan el primer lugar como causa de consulta externa en los establecimientos

del Ministerio de Salud y de EsSalud. Este comportamiento se observa en todos los estratos de pobreza y en los ámbitos urbano y rural.

En los establecimientos del Ministerio de Salud aparecen, además, como principales causas las afecciones dentales, enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias y las enfermedades de la piel. Mientras que en EsSalud lo son las dorsopatias, las enfermedades de la piel, la hipertensión arterial y las gastritis.

Según resultados del Estudio de Carga de Enfermedad del Perú 2004<sup>3</sup> se perdieron aproximadamente 5`557,699 años de vida saludables debido a discapacidad, lo que representa una pérdida de 201.8 AVISA por cada 1000 hab., siendo mayor en los hombres. Las enfermedades no transmisibles (60.1%) son la principal causa de pérdida de AVISA seguida de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (27.6%) y en tercer lugar están los accidentes y lesiones (12.2%). La mayor carga de enfermedad se presenta en el grupo de los menores de 5 años y en los mayores de 60 años. En el primer caso las primeras causas corresponden a anoxia-asfíxia, trauma al nacimiento, infecciones respiratorias bajas y bajo peso al nacer/prematuridad, anomalías congénitas cardíacas, malnutrición y diarreas. En el segundo caso, en su mayoría son enfermedades no transmisibles, tales como infecciones de vías respiratorias bajas, enfermedad cerebro vascular, la degeneración cerebral demencia, enfermedad cardiovascular isquémica, nefritis, nefrosis, diabetes mellitas, cataratas, cirrosis y tumor maligno de estómago.

Dentro de las categorías, la principal causa de AVISA corresponde a la enfermedades neuropsiquiátricas (36 x 1000), seguido de las no intencionales, lesiones (22.8 x 1000), infecciosas y parasitarias (21.3x 1000), tumores malignos (16.1 x 1000), enfermedades respiratorias (15 x1000), condiciones perinatales (12.6x 1000). En las subcategorías las infecciosas como otras septicemias, VIH, Hepatitis B, helmintiasis, bartonellosis, leishmaniasis, malaria y otras son las que predominan. El 80% de los casos de Dengue proceden de Loreto, Jaén, Lambayeque, Lima Norte y Bagua. Actualmente esta enfermedad es notificada por 27 Direcciones de Salud. La mayor proporción de casos de Malaria se presentan en la Selva Amazónica (76.5%) y en la Selva Central (17%). La Malaria vivax es notificada por 28 Direcciones de Salud y la Malaria falciparum en 10.

El 80% de los casos de Bartonellosis proceden de Ancash, Jaén y La Libertad; 24 Direcciones de Salud están notificando esta enfermedad.

Las regiones con mayor riesgo de Tuberculosis son Madre de Dios, Lima, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto, Ica y Moquegua.

<sup>2</sup> ASIS 2005 - OGE MINSA

<sup>3</sup> Estudio de Carga de Enfermedad Perú 2004, Lima: Dirección General de Epidemiología, 2006. El estudio de carga estudia los AVISA (años de vida sanos perdidos) a partir del cálculo de los años perdidos por muerte prematura (AVP) con la data de mortalidad Perú 2004.

## Capítulo II

# Situación de Salud y sus Principales Problemas



Con respecto al SIDA, se han notificado desde que se inició esta epidemia 17,863 casos de SIDA y 24,018 infecciones por VIH. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (96%); el 71.5% de los casos proceden de Lima y Callao, siendo las más afectadas las regiones de la Costa y Selva.

En relación al Sistema de Salud, se tiene que es ofertada por dos subsectores: el público (MINSA, EsSalud y Sanidad de Fuerzas armadas y policiales) y privado (Entidades prestadoras de salud, clínicas, consultorios, etc).

Por lo general los médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos se concentran en los departamentos y zonas de mayor desarrollo. El Ministerio de Salud administra el 84.7% del total de establecimientos del sector. Las regiones que cuentan con mayor disponibilidad de establecimientos de salud son Madre de Dios, Pasco y Amazonas.

Desde hace diez años las coberturas de las principales vacunas se encuentran por encima del 85%. La cobertura de la atención prenatal (4 a más controles) es del 87%, mientras que la del parto institucional es del 70.4%. El uso de la anticoncepción es alto en el país. El 70.5% de las mujeres en edad fértil actualmente unidas usa algún método anticonceptivo (46.7% usa un método moderno y el 22% métodos tradicionales y 1.8% los folklóricos).

La cobertura del Seguro Integral de Salud se ha ido incrementando desde su creación. Así en el 2005 se afiliaron aproximadamente 3.5 millones de personas. Las afiliaciones son mayores en el ámbito rural y en el quintil más pobre.

Con respecto al gasto en salud se observa que a nivel nacional éste es de 4.4% del PBI, siendo la participación del presupuesto público del sector salud del 1.3%, mientras que con relación al presupuesto general de la República es del 5.38%.

## 2.2 PROBLEMAS SANITARIOS:

En nuestro país se han desarrollado diferentes experiencias y procesos técnicos y sociales para identificar los principales problemas de salud, así como iniciativas políticas de concertación y acuerdos con el fin de dirigir los esfuerzos y recursos para enfrentarlos. Éstas pueden resumirse en:

- ALTA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país, debido al elevado porcentaje de embarazo en adolescentes, complicaciones del embarazo parto y puerperio e inaccesibilidad a métodos de planificación familiar.
- ALTA MORTALIDAD INFANTIL causada principalmente por problemas perinatales, enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país.
- ALTO PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (calórico proteico y deficiencia de micronutrientes) prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país.
- DEFICIENTE SALUD MENTAL EN LA POBLACION alta prevalencia de violencia intrafamiliar, pandillaje, violencia social, adicciones y enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, psicosis, intento de suicidio).
- ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (malaria, tuberculosis, VIH/SIDA)
- ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES REGIONALES (dengue, bartonelosis, Chagas, leishmaniasis, peste).
- ALTA MORTALIDAD POR CANCER (cuello uterino, mama, próstata, estómago, pulmón, piel y boca).
- INCREMENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebrovasculares, ceguera por catarata).
- PERSISTENCIA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (Hepatitis B, fiebre amarilla, TBC, pertusis, difteria y tétanos neonatal).
- INCREMENTO DE LA ENFERMEDADES POR CAUSAS EXTERNAS (accidentes y lesiones intencionales).
- INCREMENTO DE LA DISCAPACIDAD o minusvalía mental o física.
- ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL.

## 2.3 PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD

En los últimos años se han puesto en marcha diversas iniciativas de modernización del Estado y de reforma del sector salud. Los cambios de las estructuras y funcionamiento sectoriales, tales como la descentralización, las autonomías institucionales, el énfasis en el control y recuperación de costos y el diseño de paquetes básicos para la atención de la salud exigen identificar los problemas del sistema de salud en este nuevo escenario.

Seguidamente se listan los principales problemas del sistema de salud:

- INSUFICIENTE ASEGURAMIENTO EN SALUD: población desprotegida que no accede a servicios de salud por falta de recursos económicos.
- DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD INCOMPLETA: Mantenimiento en el nivel central de funciones y competencias de los niveles regionales y locales y deficiencia de las capacidades para el ejercicio de las funciones que se transfieren
- INSUFICIENTE CALIDAD DE LOS SERVICIOS: Débil garantía de la calidad y seguridad del paciente, falta de acreditación de servicios, falta de auditoría de la calidad y falta de manejo estandarizado.
- INADECUADA OFERTA DE SERVICIOS: infraestructura y equipamiento insuficientes, servicios fragmentados, deficiente organización de las redes.
- INSUFICIENTE ATENCIÓN A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS.



## Capítulo II

# Situación de Salud y sus Principales Problemas

- **INADECUADO DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS:** Localización inequitativa de recursos humanos calificados en salud, falta de regulación de la formación profesional, falta de conciliación entre necesidades y demandas.
- **DEFICIENTE ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS** en los sectores más pobres, deficiente calidad de medicamentos y alto gasto de bolsillo.
- **DEFICIENTE FINANCIAMIENTO EN SALUD:** bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud.
- **DEFICIENTE RECTORÍA:** falta desarrollar y fortalecer el rol rector (planificación, articulación, supervisión, regulación y financiamiento) del MINSA en el contexto de la descentralización y modernización del Estado.
- **DEFICIENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN:** que dificultan la toma de decisiones para la gestión de la salud pública.
- **POCA PARTICIPACIÓN CIUDADANA** en el desarrollo de propuestas y establecimiento de compromisos, en el quehacer sanitario, en la gestión en salud y en la vigilancia.

### 2.4 PROBLEMAS DE LOS DETERMINANTES

Los determinantes de la salud tienen un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. “Los factores determinantes de la salud pueden dividirse en las siguientes categorías: comportamiento y estilo de vida personal; influencias dentro de las comunidades que pueden reforzar la salud o dañarla; las condiciones de vida y de trabajo y el acceso a los servicios sanitarios; y las condiciones generales de tipo socioeconómico, cultural y

medio ambiental<sup>4</sup>.

La situación de los determinantes de la salud en el Perú puede estar limitando el desarrollo humano de las poblaciones más pobres, reduciendo sus oportunidades y el goce de sus derechos y capacidades, en tal sentido, se revisaron las listas de prioridades y se identificaron problemas en los determinantes que se muestran a continuación:

- **SANEAMIENTO BÁSICO:** deficiente saneamiento básico, inadecuada eliminación de excretas y disposición de la basura.
- **EXCLUSIÓN SOCIAL:** pobreza, ingreso y empleo.
- **MEDIO AMBIENTE:** contaminación medio ambiental.
- **SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO:** desconocimiento en comportamientos saludables y seguridad ocupacional.
- **SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICION:** deficiencia e inseguridad alimentaria.
- **SEGURIDAD CIUDADANA:** lesiones inducidas por terceros y accidentes de tránsito.
- **EDUCACION:** bajos niveles educativos y elevadas brechas educativas en mujeres rurales.

<sup>4</sup> [ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_es.htm) - 31k -11/07.

## Capítulo III



# Lineamientos

Lineamientos, Objetivos,  
Estrategias y Metas



## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

### 3.1 LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD 2007 – 2020

#### 1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención

La atención integral de la salud sexual y reproductiva de la mujer se realizara en todo los servicios de salud del país de manera integral considerando el enfoque de género la necesidad de adecuar culturalmente los servicios en los ámbitos donde sea necesario y respetando sus derechos sexuales y reproductivos, una prioridad fundamental es la promoción del parto institucional en el país, fortalecer las intervenciones de planificación familiar, atención integral de las adolescentes y reducción de las muertes maternas.

El niño debe ser visto desde su concepción de tal manera que la atención de esta etapa de vida se realicé desde la etapa perinatal intensificando las intervenciones de prevención y tamizaje de enfermedades así como aquellas que buscan ofertar una atención del recién nacido adecuada y enfrentar las principales causas de enfermar y morir de este grupo.

La Promoción de la salud será desarrollada a través de un conjunto de intervenciones y estrategias de tal manera que todos los actores en el sector deben comprometerse con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, la mejora de los entornos saludables así como el accionar conjunto sobre todo los determinantes que afectan a la salud en nuestro país.

#### 2. Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles constituyen un importante carga de enfermedad para nuestro país aunado a la transición demográfica que estamos pasando por ello se continuará con la vigilancia prevención y control de las enfermedades transmisibles y se fortalecerá la implementación de la vigilancia de enfermedades no transmisibles.

Estas se intervendrán a través de estrategias sanitarias nacionales las cuales se gestionaran por medio de la articulación multisectorial de tal manera que la acción e intervenciones para su abordaje sea en todo sus aspectos.

Se debe intensificar la vigilancia, así como el monitoreo y evaluación de resultados e impactos a través de las estadísticas periódicas o encuestas nacionales.

Las enfermedades no transmisibles constituyen también una importante carga de enfermedad para el país por el alto costo de tratamiento por ello se desarrollara un conjunto de intervenciones que pongan énfasis en el abordaje desde el primer nivel de atención con la detección precoz y el tratamiento oportuno buscando evitar las complicaciones tardías, en este marco resulta importante abordar la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebro vasculares y las neoplasias más frecuentes.

#### 3. Aseguramiento Universal

Todos los peruanos tendrán acceso a un seguro de salud, a través del acceso a un plan de salud que garanticé para todos un conjunto de prestaciones, independientes del sistema de aseguramiento que elijan.



El aseguramiento universal en salud será progresivo empezando con la población en pobreza y extrema pobreza para continuar con los demás segmentos de población, este busca que todos los ciudadanos tengan asegurados sus riesgos de salud y se reduzca sustancialmente el porcentaje del gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud que tiene el país, haciendo así mas equitativo el sistema de salud.

Para ello el seguro integral de salud como organismo asegurador y financiador público debe fortalecerse en sus aspectos de afiliación, auditoria y transferencias financieras.

Las modalidades de regimenes que se desarrollaran son la subsidiada, la semicontributiva y la contributiva, para ello se regulara el aseguramiento a través de normas que definan claramente sus etapas de desarrollo.

#### **4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local**

La descentralización en salud forma parte de la modernización de estado peruano y esta será ejercida de manera compartida entre los tres niveles de gobierno, Nacional, Regional y Local, que busque el desarrollo de un sistema de salud descentralizado y adecuadamente articulado alcanzando el logro de servicios de salud con eficacia, calidad y eficiencia.

La descentralización en salud no es un fin sino un medio que permite la construcción de sistemas de salud territoriales adecuadamente articulados con el nivel nacional y se mejoren los resultados e impactos sanitarios. Para ello se realizara la transferencia de funciones, facultades y recursos financieros a los gobiernos regionales a través de un proceso concertado y articulado.

La descentralización en salud a los Gobiernos locales se desarrollara de manera progresiva y a través de proyectos piloto que permitan identificar las fortalezas y debilidades así como los arreglos institucionales que se tiene que realizar para el ejercicio de funciones y facultades por este nivel de gobierno.

Posteriormente y de manera progresiva se ira extendiendo la descentralización en salud al nivel local a todo los gobiernos locales.

Será necesario también un nivel de coordinación de las decisiones estratégicas de salud en el país para lo cual se establecerá un espacio de coordinación intergubernamental entre gobierno Nacional y regional que permita articular y orientar las grandes políticas nacionales, la asignación de recursos así como el logro de resultados e impactos en salud.

Se desarrollara un sistema de monitoreo y evaluación de los cambios que se producen en la salud del país producto del proceso de descentralización de esta función.

#### **5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad**

Para garantizar la atención de la salud a la población y el acceso universal equitativo y solidario a los servicios de salud es necesaria la articulación efectiva del sistema de salud en función de la atención de la demanda y necesidades básicas de salud de la población.

Para tal efecto, los diferentes integrantes del sistema de salud tanto público como privado, deben establecer redes funcionales de servicios de salud que permitan un intercambio de prestaciones, ofertándolos con el mismo estándar de calidad y sin discriminación de la condición económica de los beneficiarios.



### Capítulo III

## Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

Por otro lado deben estar organizados a través de una cartera de servicios acreditados por establecimiento, respetando la autonomía y recursos de las instituciones que lo integran.

El sector salud brindará servicios de atención integral con criterios de equidad, género, interculturalidad, calidad y sostenibilidad, con el fin de hacerlos accesibles a la población en general, con especial énfasis, a las poblaciones pobres o en extrema pobreza y aquellos grupos de población que tienen mayor vulnerabilidad por su origen étnico, condiciones hereditarias, adquiridas y en situaciones de emergencia.

La ampliación de la cobertura de los servicios garantizará la entrega de un conjunto de prestaciones universales, combinando distintas estrategias de actuación de las instituciones del sector.

Se diseñará y pondrá en funcionamiento un conjunto de instrumentos como el catálogo de procedimientos médicos y odontológicos, las unidades relativas de valor, el tarifario de intercambio de servicios entre prestadores de salud.

Del mismo modo para la mejora de la calidad se implementará el sistema de mejora continua de la calidad, dando énfasis a la auditoría clínica y la implementación del sistema de acreditación de hospitales y servicios de salud definiendo incentivos que permitan que el sistema funcione.

### 6. Desarrollo de los Recursos Humanos

El instrumento fundamental para lograr el cambio responsable del sistema de salud es el capital humano.

La Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos debe responder a las necesidades del sistema de salud, en ese sentido, debe garantizarse una adecuada formación de Recursos Humanos que permita el conocimiento y habilidades adecuadas de la ciencia médica, complementada con destrezas que permitan enfrentar la heterogeneidad de la realidad sanitaria.

Es necesario garantizar una adecuada motivación del personal de salud a través de una política de incentivos en especial para los trabajadores de salud que laboran en ámbitos desfavorables.

Se busca fortalecer la oferta de recursos humanos en salud, en el primer nivel de atención.

### 7. Medicamentos de calidad para todos/as

Lograr el acceso universal a medicamentos de calidad requiere una efectiva función reguladora del estado, así mismo, de mecanismos de economía de escala que permita precios accesibles a las diferentes economías de la población.

Por otro lado, debe procurarse el uso racional del medicamento asegurando la existencia de un petitorio nacional de medicamentos moderno y eficaz que responda a las necesidades de la población.

### 8. Financiamiento en función de resultados

El financiamiento concebido como inversión social debe estar orientado a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Es decir, debe también estar orientado a incidir favorablemente sobre los determinantes de la salud.

La gestión de los recursos financieros debe estar orientada al logro de resultados en el marco de los objetivos institucionales, es decir, su optimización con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

El financiamiento tiene que estar ligado a resultados por ello se implementará de manera progresiva en los servicios públicos el presupuesto por resultados que permita que los recursos asignados sean utilizados de manera eficiente dirigidos al logro concreto de resultados e impactos.



Se desarrollara de la misma manera los acuerdos de gestión como instrumento de política que permita el logro de resultados para ello se propondrá un conjunto de incentivos ligados al cumplimiento de resultados.

El financiamiento será progresivo e incrementado en función a los resultados obtenidos.

## **9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud**

La Rectoría del sistema de salud debe ser desarrollada de manera prioritaria en el marco del proceso de descentralización.

Es importante que las funciones de conducción, regulación, armonización de la provisión, vigilancia del aseguramiento, financiamiento y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública sean desarrolladas por el MINSA de manera clara en todo el sector salud.

Por ello se realizara la adecuación organizacional del Ministerio de Salud, haciendo los cambios que sean necesarios en su marco legal.

Del mismo modo se dotará de un conjunto de instrumentos al MINSA como ente rector para que pueda articular el accionar de los sub-sectores, gobiernos regionales y locales para que desarrollen acciones conjuntas para el logro de los objetivos del Sistema de Salud.

Se establecerán evaluaciones relacionadas a la función de rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, de manera periódica así como la evaluación del desempeño del sistema de salud que permitan hacer los ajustes necesarios en el sistema de salud.

El Sistema de Información en Salud es un instrumento de gestión que permite la toma de decisiones en la rectoría, para ello se articularan los sistemas de información de los subsectores a través de la Identificación Estándar de Datos en Salud.

## **10. Participación Ciudadana en Salud**

La participación ciudadana es el pilar mas importante para el logro de la democratización de la salud por ello se realizara la promoción y consolidación de la participación ciudadana en la definición de las políticas de salud, implementación de las mismas así como en su vigilancia y control.

Se fortalecerá la administración compartida de los servicios de salud a través de la vinculación de este modelo de administración de los establecimientos de primer nivel con los Gobiernos Locales en el Proceso de descentralización en salud, adecuando el marco normativo e instrumentos necesarios para ello.

Se realizará también la promoción de otras formas de participación de los ciudadanos como asociaciones de pacientes y comités de vigilancia de la calidad de atención que se brinda en los establecimientos de salud.

## **11. Mejora de los otros determinantes de la Salud**

Los más rentables para el país es evitar el daño y la enfermedad, por tanto se debe priorizar las acciones de prevención con estrategias que generen resultados en el corto plazo, con gran impacto y de bajo costo.

Del mismo modo se debe desarrollar acciones de promoción de estilos de vida saludable, de cuidado del ambiente y del entorno sociocultural. Estas acciones deben caracterizarse por incidir sobre los determinantes de la salud de manera sostenible.



## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

### 3.2 OBJETIVOS

#### 3.2.1 OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2007 - 2020

##### **Objetivo 1: Reducir la Mortalidad Materna**

Reducir el embarazo en adolescentes.  
Reducir complicaciones del embarazo, parto, puerperio.  
Incrementar el parto institucional en zonas rurales.  
Ampliar el acceso a la planificación familiar.

##### **Objetivo 2: Reducir la Mortalidad Infantil**

Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.

##### **Objetivo 3: Reducir la Desnutrición Infantil**

Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.

##### **Objetivo 4: Controlar las Enfermedades Transmisibles**

Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del HIV el SIDA y la malaria.

##### **Objetivo 5: Controlar las Enfermedades Transmisibles Regionales**

Control del dengue, leishmaniosis, enfermedad de chagas y bartonelosis.

##### **Objetivo 6: Mejorar la Salud Mental**

Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

##### **Objetivo 7: Controlar las Enfermedades Crónicas Degenerativas**

Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebro vascular.

##### **Objetivo 8: Reducir la Mortalidad Por Cáncer**

Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estómago, próstata y pulmón.

##### **Objetivo 9: Reducir la Mortalidad por Accidentes y Lesiones Intencionales**

Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación.

##### **Objetivo 10: Mejorar la Calidad de Vida del Discapacitado**

Disminuir la discapacidad y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de salud.

##### **Objetivo 11: Mejorar la Salud Bucal**

Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

#### 3.2.2 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD 2007 - 2011

##### **Objetivo 1: Aseguramiento Universal**

Lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad

##### **Objetivo 2: Descentralización**

Gobiernos Regionales y Locales que ejercen plenamente sus funciones en materia de salud

##### **Objetivo 3: Mejora de la Oferta y Calidad de los Servicios**

Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios

##### **Objetivo 4: Rectoría**

Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria.

##### **Objetivo 5: Financiamiento**

Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto en salud.

##### **Objetivo 6: Recursos Humanos**

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población.

##### **Objetivo 7: Medicamentos**

Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada así como el uso racional de los mismos.

##### **Objetivo 8: Participación Ciudadana**

Crear las condiciones en el Sistema de Salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos.



### 3.2.3 OBJETIVOS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

#### Objetivo 1: Saneamiento Básico

Ampliar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico con énfasis en la infraestructura a través de la coordinación intersectorial y la participación comprometida de la población.

#### Objetivo 2: Pobreza y Programas Sociales

Mejorar las condiciones de inclusión social de las familias y comunidades sobre todo de las zonas de pobreza y pobreza extrema a través de la implementación de políticas públicas y la fusión, integración y articulación de los programas sociales.

#### Objetivo 3: Medio Ambiente

Promover un ambiente saludable; control de vectores transmisores de enfermedades, para mejorar las condiciones de salud de la población, de manera multisectorial y descentralizada con participación de los actores sociales.

#### Objetivo 4: Salud Ocupacional

Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de mortalidad y discapacidad debida a exposición ocupacional.

#### Objetivo 5: Seguridad Alimentaria y Nutricional

Promover prácticas de alimentación y nutrición saludable en las familias con niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres que dan de lactar.

#### Objetivo 6: Seguridad Ciudadana

Mejorar la seguridad ciudadana, reduciendo los niveles de violencia urbana y delitos de alto impacto, para mejorar el bienestar de la población.

#### Objetivo 7: Educación

Desarrollar una Política de Estado que consolide la promoción de una cultura de salud, (estilos de vida y entornos saludables) intrasectorial, con una participación activa de la Sociedad en general.

## 3.3 METAS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

### 3.3.1 EN LOS OBJETIVOS SANITARIOS

**LINEAMIENTOS DE POLITICA 1:** Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.

## REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

### Objetivo Sanitario:

- Reducir el embarazo en adolescentes.
- Reducir complicaciones del embarazo, parto, y puerperio.
- Incrementar el parto institucional en zonas rurales
- Ampliar el acceso a la planificación familiar.

### Metas 2011 - 2015:

1. Para el 2011 se habrá reducido la mortalidad materna de 185 a 120 x 100,000 NV
2. Para el 2015 se habrá reducido la mortalidad materna a 66 x 100,000 NV
3. Para el 2011 se habrá incrementado de 42.9 % a 70% la cobertura de la atención institucional del parto en las zonas rurales.

### Estrategias e intervenciones:

1. Incrementar la cobertura de atención prenatal y del parto institucional en zonas rurales y dispersas e introducir métodos altamente eficaces para prevenir los riesgos relacionados al embarazo y al parto.
2. Fortalecimiento de la capacidad resolutive y de la adecuación intercultural de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales (FON) primarias, básicas y esenciales con énfasis en zonas rurales.
3. Desarrollo de capacidades para la atención de emergencias obstétricas y perinatales por parte de los profesionales de la salud (médicos especialistas, médicos generales, obstetrices y enfermeras).
4. Adecuación de los servicios para una atención integral (con énfasis en salud sexual y reproductiva) y diferenciada de adolescentes, en general y para atender algunos grupos específicos en mayor situación de vulnerabilidad, como: madres adolescentes, adolescentes en situación de calle, adolescentes en conflicto con la ley y adolescentes víctimas de abuso y de explotación sexual.
5. Promoción de la importancia de la maternidad saludable y segura e implementación de un plan de información y comunicación.
6. Promoción de la estrategia de educadores de pares y promotores juveniles capacitados para la promoción de una salud sexual responsable de adolescentes y jóvenes.
7. Reducción de la barrera geográfica, mejorando



## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

- el acceso de la gestante con factores de riesgo a los servicios de salud mediante la estrategia de implementación de casa de espera.
- Incrementar la información y acceso a Métodos Anticonceptivos (MAC) con énfasis en la población más pobre y excluida.
  - Implementar acciones intersectoriales, intergubernamentales y con participación de redes sociales de programas de educación sexual y reproductiva para la población adolescente.
  - Organizar la red nacional de hemocentros y promover la donación voluntaria de sangre a fin de disponer de sangre segura.
  - Desarrollar acciones para disminuir la violencia basada en género.

### REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

#### Objetivo Sanitario:

Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.

#### Metas 2011 – 2020:

- Reducir la mortalidad infantil de 24 a 20 x1000 NV, para el 2011.
- Reducir la mortalidad infantil a 15 x1000 NV, para el 2020.
- Alcanzar la cobertura de vacunación completa, según calendario nacional en el menor de tres años al 95% para el 2011.
- Disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años a menos de 2.5% para el 2011.
- Disminuir la mortalidad por diarrea en menores de cinco años a menos de 0.5 por cien mil para el 2011.

#### Estrategias e intervenciones:

- Fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y asegurar el financiamiento de sus insumos y cadena de frío.
- Monitoreo adecuado y oportuno del crecimiento y desarrollo del niño usando los insumos y normas de los servicios de salud.
- Estimulación psicoafectiva del niño durante los tres primeros años de edad.
- Ampliar y profundizar la prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, afecciones perinatales) a través de un enfoque integral y comunitario en

- todos los niveles de atención y por todos los prestadores.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria en el primer nivel de la atención pediátrica y recursos humanos competentes, infraestructura y equipamiento adecuado para la atención integral del niño.
  - Promoción del lavado de manos de la madre y del niño asociado con una disminución de la incidencia de la enfermedad diarreica aguda.
  - Mejoramiento de las prácticas de crianza y el mejor uso de los recursos de la familia y de la comunidad para el adecuado crecimiento y desarrollo temprano.
  - Acceso de las comunidades dispersas a la atención integral de salud del niño a través de los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

### REDUCIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

#### Objetivo Sanitario:

Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.

#### Metas 2011 – 2020:

- Reducir en 9 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, para el 2011.
- Reducir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, para el 2020.
- El 80% de niñas y niños reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Disminuirá en 40 % la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años.
- Mantener bajo control la deficiencia de yodo en la sierra y selva.

#### Estrategias e intervenciones:

- Control prenatal oportuno y adecuado, incluyendo el control mensual de ganancia de peso con participación del padre/familia en los controles.
- Fomento, protección y promoción de la lactancia materna exclusiva. Continuación de la lactancia materna después de los 6 meses de edad sin restricciones y expansión de los Hospitales amigos de la madre y el niño.
- Control de deficiencias de micronutrientes (hie-

## Capítulo III

# Lineamientos, Objetivos, Metas y Estrategias



- ro y vitamina A): Suplementación con Vitamina A y Sulfato Ferroso a niños.
4. Suplementación de la madre gestante con hierro.
  5. Monitoreo y evaluación de las intervenciones que se desarrollan en alimentación y nutrición materno infantil.
  6. Promover la acción concertada entre el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y Participación de la Sociedad Civil en la implementación de programas de lucha contra la desnutrición.
  7. Promover la participación activa de la familia y de toda la comunidad en la identificación y solución de los problemas de riesgo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños desde el embarazo.
  8. Fomentar la producción y el consumo propio de la zona.
  9. Promover y concertar intervenciones programadas con los docentes para promover hábitos alimentarios adecuados para la crianza en los alumnos.
  10. Incentivar y promover el acceso a los medios de comunicación en temas de alimentación y nutrición.

**LINEAMIENTOS DE POLITICA 2:** Vigilancia, control y atención integral de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

### CONTROLAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Objetivo Sanitario

Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del HIV el SIDA y la malaria.

#### Metas 2011

1. El país reducirá la incidencia de casos de todas las formas de TB (BK+), de 67.9 a 55 por 100,00 habitantes.
2. Las personas deberán tener acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad. Existirá la información necesaria que asegura estilos de vida saludables y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH. Ninguna persona será discriminada por ser portadora de alguna de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica. Los organismos del Estado y la cooperación

- internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.
3. Reducción de la Incidencia Parasitaria Anual (IPA) de 2.34 en el 2006 a 1.0 x 1,000 habitantes.

#### Estrategias e intervenciones:

1. Entrenamiento del personal de salud en el primer nivel de atención para el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, TBC, Malaria en orientación/consejería para prevención, detección y tratamiento de casos.
2. Acción concertada entre el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y Sociedad civil en las intervenciones de sus principales factores y medidas de control de las enfermedades transmisibles.

#### Tuberculosis:

1. Garantizar el financiamiento público para el tratamiento del 100% de los casos TB (BK+), incluyendo a los pacientes multidrogo resistente.
2. Fortalecer la identificación del sintomático respiratorio, el diagnóstico y tratamiento precoz.
3. Vigilar y supervisar a los proveedores a fin de que cumplan el protocolo y los estándares del tratamiento supervisado (DOTPLUS).
4. Garantizar la implementación de programas de Bioseguridad y protección respiratoria a pacientes con TB y TB MDR.

#### VIH/SIDA:

1. Acciones a nivel nacional dirigidas a las poblaciones Vulnerables, orientados a reducir el número de nuevos casos de VIH y la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL. Entre ellas: impulso del uso del preservativo, incidencia política, cobertura de la Atención Médica Periódica (AMP), optimización de CERITSS y UAMP, fortalecimiento de las estrategias de PEPs, de las organizaciones de poblaciones HSH y TS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos, en el marco de sus deberes y derechos ciudadanos.
2. Reducir la vulnerabilidad de la población general a través de la promoción de conductas sexuales saludables y del uso consistente y correcto del condón, así como de la prevención de ITS. Fortalecimiento del manejo sindrómico de ITS en población general
3. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.



### Capítulo III

## Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

4. Reducir la transmisión madre niño del VIH y la Sífilis (transmisión vertical), para ello impulsar el tamizaje, las medidas preventivas y el tratamiento de la transmisión vertical de sífilis y VIH materna como parte de la atención prenatal.
5. Garantizar el tamizaje de paquetes sanguíneos y la promoción de la donación voluntaria y sangre segura
6. Alcanzar el acceso universal de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad, esto incluye el fortalecimiento del programa TARGA, manejo de infecciones oportunistas e ITS, prevención positiva, pruebas y consejería en parejas y contactos. Fortalecimiento del sistema de redes de laboratorio para el diagnóstico, confirmación y otros exámenes para el acceso al TARGA. Adecuación de servicios y capacitación del personal para atención integral a PVVS y Atención integral a la familia viviendo con VIH y SIDA.
7. Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y PVVS
8. Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.
9. Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

#### Malaria:

1. Concertar con la sociedad civil y los gobiernos locales la reducción de los criaderos del vector, la eliminación de las prácticas agropecuarias de alto riesgo y mantener el control vectorial a través del rociado necesario.
2. Garantizar la identificación de casos y el tratamiento gratuito y oportuno.
3. Formular e implementar una iniciativa nacional para incrementar el uso de barreras de protección a nivel familiar y domiciliario.
4. Sensibilizar y Educar a la comunidad sobre medidas preventivas en la transmisión del vector.
5. Mejorar el sistema de vigilancia y control vectorial.

### CONTROLAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES REGIONALES

#### Objetivo Sanitario:

Control del dengue, leishmaniosis, enfermedad de chagas y bartonelosis.

#### Metas 2011:

1. El país reducirá la incidencia acumulada por Dengue de 35.35 a 20 x 100,000 habitantes.
2. Reducir las tasa de incidencia de leishmaniosis de 37.28 a 20.x 100,000 Habitantes.
3. Reducir la incidencia de Enfermedad de Chagas de 5% a 1% de seroprevalencia en niños menores de 5 años en áreas endémicas.
4. Reducir y eliminar la transmisión vectorial y transfusional de chagas.
5. Reducir la tasa de incidencia por Bartonelosis de 20.37 a 14.4 x 100,000 habitantes.
6. Reducir la tasa de mortalidad de bartonelosis a valores de 0.05 x 100,000 habitantes.

#### Estrategias e intervenciones:

1. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el control con acciones concertadas multisectoriales, intergubernamentales y con participación de la sociedad civil.
2. Promoción de la adopción de aptitudes y hábitos protectores contra las enfermedades transmisibles.

#### Dengue:

1. Optimización de la dotación de agua de consumo humano.
2. Capacitación permanente del recurso humano para la detección, diagnóstico, tratamiento y referencia efectiva de los casos según pronóstico de evolución - dengue y dengue hemorrágico.
3. Diseñar e implementar la vigilancia comunal.
4. Detección oportuna y tratamiento de casos con participación activa de la población.
5. Fortalecimiento de la participación de la población con la adopción de aptitudes y hábitos protectores contra el dengue.
6. Coordinación intra e intersectorial con definición de responsabilidades según competencias.
7. Fortalecimiento y sostenibilidad de la vigilancia entomológica y el control vectorial según escenario de riesgo y momento epidemiológico.
8. Organización de los servicios de salud para una oportuna y adecuada atención de los casos.

## Capítulo III

# Lineamientos, Objetivos, Metas y Estrategias



### Leshmaniosis:

1. Fortalecimiento y ampliación de la capacidad diagnóstica de la leishmaniosis en las zonas endémicas.
2. Aseguramiento de esquemas de tratamiento.
3. Implementación y fortalecimiento de establecimientos de salud seleccionados con servicios de prevención, control y manejo de casos de leishmaniosis en las zonas de riesgo de sierra y selva.

### Chagas:

1. Fortalecimiento y ampliación de la capacidad diagnóstica y tratamientos eficaces, completos, costo efectivos y aceptables por los pacientes de Enfermedad de Chagas en las zonas endémicas.
2. Fortalecimiento del tamizaje serológico para chagas en unidades de sangre.
3. Comprar equipos de rociado y preparación del personal.

### Bartonelosis:

1. Garantizar la asignación de recursos para el diagnóstico y tratamiento al 100% de casos humanos.
2. Detección precoz de febriles de área endémica, asegurar tratamiento.
3. Fortalecer la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de referencia en las áreas endémicas a fin de efectivizar la referencia y resolución de problemas de los casos clínicos para evitar complicaciones y muertes.
4. Desarrollar acciones de vigilancia entomológica y control vectorial selectivo e integrado con métodos y moléculas costo efectivas.

## MEJORAR LA SALUD MENTAL

### Objetivo Sanitario:

Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

### Metas 2011

1. Se ha reducido en 30% la percepción de violencia intrafamiliar en escolares del nivel secundario.
2. El 50% de pacientes en condición de pobreza y con problemas de salud mental, acceden a tratamientos de control o rehabilitación.

3. El 70% de las personas afectadas por la violencia política mejoran su estado de salud mental.

### Estrategias e intervenciones:

1. Incorporar las prestaciones de salud mental en el Plan Universal de Salud, incluyendo medicamentos para los problemas prevalentes.
2. Fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención.
4. Los municipios desarrollan programas de promoción de la salud mental.
5. Apoyar la acción intersectorial y la formación de redes de apoyo sociales para personas con secuelas de la violencia política en zonas afectadas.
6. Generar espacios saludables que fomenten Unión Familiar (Parques, Escuelas de Padres, Juntas Vecinales, Grupos Juveniles).
7. Creación de grupos de ayuda mutua para atención de los pacientes alcohólicos.
8. Diseñar y aplicar mecanismos, instrumentos y procedimientos para la mejora continua de la calidad de los servicios de atención, recuperación y reinserción de las mujeres víctimas de violencia.
9. Promover el deporte y espacios de esparcimiento para las diferentes etapas de vida.

## CONTROLAR LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVOS

### Objetivo Sanitario:

Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), enfermedad isquémica del miocardio y accidentes cardiovascular.

### Metas 2011:

1. Reducir de 3.0% a 2.7% la prevalencia de diabetes mellitus en la población en riesgo.
2. Reducción de 27.3% a 25% la prevalencia de HTA en la población adulta.
3. Incremento de 45.5% a 70% de pacientes hipertensos controlados.
4. Reducir los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares.

### Estrategias e intervenciones:

1. Desarrollar estrategias preventivas dirigidas a la disminución los factores de riesgo de la Diabetes Mellitas, Hipertensión Arterial, cardiopatía isquémica y accidente cerebro vascular en la población adulta.



## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

2. Desarrollar estrategias de diagnóstico precoz, tratamiento y control adecuado de los pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, cardiopatía isquémica y con riesgo de accidente cerebro vascular.
3. Cuidados prenatales específicos para el control de la glicemia en mujeres en edad fértil diabéticas.
4. Promover estilos de vida saludable, evitar el sedentarismo, tabaco, obesidad, stress y desarrollar actividad física regular.
5. Promover grupos organizados (grupo de ayuda) para la promoción y prevención de las enfermedades crónico degenerativas, en especial de la diabetes mellitus.
6. Incorporar las prestaciones de salud de diabetes mellitus, hipertensión arterial enfermedad isquémica del miocardio y accidentes cardiovascular al plan de aseguramiento universal .
5. Entrenamiento y provisión de logística para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, mediante el reforzamiento de los laboratorios en hospitales, para el análisis de PSA por el método ELISA.
6. Diseñar e Implementar protocolos para prevenir el cáncer de cuello, mama, estómago, próstata y pulmón.
7. Involucrar a todos los sectores (públicos y privados) que permitan el trabajo integrado en los problemas.
8. Asignación de recursos para la implementación de equipos de detección de procesos cancerígenos en puntos regionales estratégicos (mamógrafos,colposcopios) así como capacitación para manejo de dichos equipos.
9. Mejorar sistema de prevención y captación oportuna, mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

### REDUCIR LA MORTALIDAD POR CÁNCER

#### Objetivo Sanitario:

Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, próstata, pulmón y estómago.

#### Metas 2011

1. Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino de 9.95 a 6 x100,000 hab.
2. Reducir la mortalidad por cáncer de mama de 9.03 a 6 x 100,000 hab.
3. Reducir la mortalidad por cáncer de próstata de 13.22 a 8 x 100,000 hab.

#### Estrategias e intervenciones:

1. Fomentar el conocimiento de los beneficios de la prevención, el tamizaje y el diagnóstico precoz del cáncer de mama, cuello uterino, próstata, pulmón y estómago.
2. Entrenamiento del personal de salud en el primer nivel de atención para el tamizaje por Papanicolaou, tamizaje por mamografía y orientación/consejería para prevención, detección y tratamiento, particularmente en zonas rurales de costa, sierra y selva.
3. Fortalecimiento de los Servicios de Radiodiagnóstico en hospitales de mediana y alta complejidad.
4. Fortalecimiento del control de calidad de los laboratorios de citología centralizados en las capitales de departamentos.

### REDUCIR LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES Y LESIONES INTENCIONALES

#### Objetivo Sanitario

Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación.

#### Metas 2011:

Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito de 11.4 a 8.5 x 100,000 hab

#### Estrategias e intervenciones:

1. Incorporación en la currícula educativa escolar, tecnológica y universitaria la prevención de accidentes, primeros auxilios y medios de ayuda inmediata en caso de accidentes.
2. Implementación de la estrategia de atención pre hospitalaria.
3. Mejoramiento del acceso y cobertura del SOAT por los Servicios de Salud Públicos, y capacitación del personal de salud.
4. Fortalecimiento de servicios de Emergencia debidamente equipados y entrenados en la atención de Traumatismos con criterio de Red de Servicios de Salud en localidades donde la incidencia de accidentes de tránsito sea mayor.
5. Acción concertada para Intervenciones sobre los determinantes de la ocurrencia de accidentes de tránsito.



## MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL DISCAPACITADO

### Objetivo Sanitario:

Disminuir la discapacidad y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de Salud.

### Metas 2011

1. El 100% de los pacientes con ceguera por catarata acceden a la cirugía de rehabilitación, reduciendo la discapacidad por ceguera.
2. Rehabilitar el 80% de las discapacidades congénitas más frecuentes (labio leporino, catarata y displasia de cadera) de la población en situación en pobreza y extrema pobreza.
3. El 80 % de la población pobre discapacitada accede al Plan de Aseguramiento del SIS.

### Estrategias e intervenciones:

1. Implementar el plan nacional para la eliminación de la ceguera por cataratas.
2. Incorporar a las personas pobres con discapacidades al plan universal de aseguramiento.
3. Incorporar de manera progresiva al plan universal de aseguramiento las prestaciones de prevención y rehabilitación de las discapacidades más frecuentes.
4. Ampliar la oferta de servicios de rehabilitación integral en el primer nivel de atención para la identificación y manejo precoz.
5. Las regiones en pobreza contarán al menos con un servicio de rehabilitación integral.

## MEJORAR LA SALUD BUCAL

### Objetivo Sanitario:

Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

### Metas 2011:

1. Para el 2011 se habrá logrado reducir en 30% el índice de caries, piezas perdidas y piezas obturadas (CPOD) en los menores de 12 años, CPOD menor de 3.
2. El 90% de las gestantes en situación de pobreza recibirá atención preventiva dental.

### Estrategias e intervenciones:

1. Implementar la regulación sobre la fluorización de la sal de consumo humano.

2. Ampliar la oferta de servicios odontológicos en todo el país, con énfasis en las 10 regiones más pobre, utilizando las técnicas más costo efectivo disponible (restauración atraumática).
3. Incorporar la atención de salud bucal en el plan de aseguramiento universal.
4. Incorporar la higiene y la educación sanitaria en salud bucal en la educación primaria.
5. Promover prácticas saludables, nutrición e higiene bucal.
6. Implementar medidas preventivas promocionales y recuperativas odontológicas por equipos Atención Integral de Salud de Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED en zonas dispersas.
7. Fortalecimiento y extensión de Prácticas de Restauración Atraumática (PRAT) al 100% de establecimientos.
8. Difusión educativa de alimentos y sustancias que influyen en la buena Salud Bucal.

### 3.3.2 EN EL SISTEMA DE SALUD

#### LINEAMIENTO DE POLITICA 3: Aseguramiento Universal en Salud

### Objetivo Estratégico:

Lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con garantías de oportunidad y calidad.

### Metas al 2011:

1. Incrementar el aseguramiento en salud a través del SIS de 4,653,421 a 11 millones de ciudadanos en situación de pobreza y extrema pobreza.
2. Incrementar del 43% al 80% de la población que está afiliada a un seguro de salud con cobertura del plan de salud.
3. 40% de la población independiente no asalariada está afiliada a un seguro de salud con cobertura del plan garantizado.

### Estrategias e intervenciones:

1. Definición del marco general del aseguramiento universal.
2. Definición establecida por ley del plan universal de salud para toda la población.
3. Incrementar el financiamiento público.
4. Implementación del plan universal de salud en los planes de beneficio del SIS, EsSalud, EPS y seguros privados.



## Capítulo III

# Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

5. Desarrollo de mecanismos e implementación de arreglos institucionales (incluye la definición de equivalencias de unidades de pago y sistema de información) para el intercambio y pago de prestaciones entre los distintos actores del sistema.
6. Aplicar el SISFOH en la identificación de población beneficiaria del financiamiento público.
7. Regulación y supervisión de las garantías establecidas en el plan universal de salud.
8. Adecuación de los servicios de salud para el cumplimiento de las garantías establecidas en el plan, ampliación de la oferta de servicios para la población rural y aumento de la capacidad resolutive con el rediseño de procesos de atención de acuerdo a los protocolos establecidos.

**LINEAMIENTO DE POLITICA 4:** Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.

### Objetivo Estratégico:

Gobiernos Regionales y Locales ejercen plenamente sus funciones en materia de salud

### Metas al 2011:

1. Culminar el proceso de transferencia de las funciones de salud a los Gobiernos Regionales.
2. 100% de proyectos piloto de transferencia de la gestión de la atención primaria de salud a los Gobiernos Locales implementados y culminados exitosamente luego de dos años de implementación
3. Incrementar las capacidades de gobierno suficientes y necesarias para la gestión en salud en el nivel regional y local.
4. Sistematizar la experiencia del proceso de descentralización a nivel local en los proyectos pilotos para normar su implementación a nivel nacional.
5. Extender la transferencia de competencias y funciones en salud a los Gobiernos Locales.

### Estrategias e intervenciones:

1. Coordinación y articulación del Gobierno Nacional en forma periódica con Gobiernos Regionales y Locales para orientar el proceso de transferencia y la gestión descentralizada de la salud a nivel regional y local.
2. Desarrollo de capacidades de gobierno, geren-

- ciales y técnicas en salud para el desempeño de los sistemas regionales y locales de salud así como el ejercicio eficiente de las funciones a ser transferidas a los Gobiernos Regionales y Locales
3. Desarrollo de la normatividad complementaria y arreglos institucionales que faciliten la conducción y regulación del proceso de descentralización de la función salud.
4. Asistencia técnica del Nivel Nacional a los Gobiernos Regionales y Locales, en el ámbito organizacional para una mejor adecuación a los roles de salud que les corresponde asumir en el proceso de descentralización.
5. Implementación a nivel nacional, regional y local de un sistema de monitoreo y evaluación de los cambios producidos en los resultados e impactos sanitarios producto de la descentralización en salud.
6. Implementación de un sistema de evaluación del desempeño del sistema de salud en el ámbito regional y local, de acuerdo al ejercicio de funciones transferidas en el proceso de descentralización.
7. Socializar con la ciudadanía el proceso de descentralización del sector salud.

**LINEAMIENTOS DE POLITICA 5:** Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud.

### Objetivo Estratégico:

Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios.

### Metas al 2011:

1. Ampliar y mejorar la infraestructura, equipamiento y organización de los establecimientos de salud del sector en 50% en las áreas de mayor pobreza mediante la construcción de 80 módulos ecológicos de salud.
2. Mejorar la calidad de los servicios de salud que garantice una atención segura para que la percepción de buena calidad se incremente al 80%.
3. El 25% de los establecimientos públicos han logrado su acreditación.
4. Incrementar la atención en salud para los pobladores que viven en las zonas más alejadas y excluidas de 5% a 30%.



5. Construcción de 14 nuevos hospitales a nivel nacional con infraestructura acorde a la región y demanda que cuente con tecnología de punta.
6. Fortalecer, rehabilitar y actualizar el 80% de los hospitales y centros de salud disponibles en la actualidad.

#### Estrategias e intervenciones:

##### Ampliación del acceso a servicios de salud

1. Crear incentivos laborales para las zonas rurales y de menor desarrollo, con miras a garantizar personal idóneo.
2. Establecer mecanismos de uso compartido de servicios a través del intercambio de servicios entre EsSalud, el MINSA y la sanidad de las FFAA y FFPP así como con los servicios privados.
3. Estandarizar procedimientos y protocolos para intercambio de servicios.
4. Organizar equipos de atención itinerante para los centros poblados dispersos de la sierra y de la selva.
5. Establecer mecanismos fluidos de referencia entre el nivel I, II y III.
6. Programar atención especializada (en las atenciones más frecuentes y en las intervenciones electivas que sea factible) en el primer nivel de atención de las zonas rurales.
7. Programa de reducción de los riesgos a los eventos adversos (sistema de identificación, registro, reporte, notificación, procesamiento, análisis y reducción de los Eventos Adversos (EA), en hospitales públicos.
8. El 100% de las unidades de sangre deberán estar certificadas como Sangre Segura y el 30% deberá provenir de donantes voluntarios.

##### Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de servicios de las redes y microrredes de salud.

1. Categorizar los establecimientos de salud públicos y privados.
2. Formular un plan maestro de inversiones en hospitales, redes y microrredes que precise las necesidades de ampliación o de nueva infraestructura de salud para todo el departamento y debe incluir presupuesto para el mantenimiento de los equipos.
3. Formular los perfiles de preinversión de las regiones, precisar los arreglos y compromisos institucionales para las inversiones con los otros niveles de gobierno y gestionar la ejecución de los proyectos de inversión.

4. Saneamiento legal de los establecimientos prioritarios.
5. Diseñar la estructura de niveles de complejidad de los establecimientos de salud y las rutas de referencia y transporte.
6. Implementar un programa de mantenimiento de equipos.

##### Implementación del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad en Salud.

1. Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
2. Plan Nacional para la Seguridad del Paciente y reducción de Eventos Adversos.
3. Proyectos de Mejora Continua (PMC) en establecimientos de salud.
4. Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
5. Medición del índice de insatisfacción de los usuarios externos – SEEUS y la medición de la satisfacción del Usuario Interno - Clima Organizacional.
6. Medición del manejo estandarizado.

#### LINEAMIENTO DE POLITICA 6: Desarrollo de los Recursos Humanos.

##### Objetivo Estratégico:

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población.

##### Metas al 2011:

1. Acreditar al 100% de instituciones formadoras en salud.
2. 100% de las regiones más pobres del país incrementarán al 50% sus recursos humanos en salud.
3. Las regiones han implementado el modelo de gestión por competencias

##### Estrategias e intervenciones:

1. Incorporación de los lineamientos de política de recursos humanos en las políticas públicas regionales y locales.
2. Acreditación de instituciones formadoras y certificación de la competencia profesional
3. Incorporación de los planes de desarrollo de recursos humanos en el presupuesto regional y local
4. Ampliación y redistribución de las plazas de los



## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

recursos humanos de establecimientos de salud hacia los sectores más pobres

5. Implementación del modelo de gestión por competencias en las regiones

**LINEAMIENTO DE POLITICA 7:** Medicamentos de calidad para todos/as.

### Objetivo Estratégico:

Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada así como el uso racional de los mismos.

### Metas al 2011:

1. 100% de los medicamentos trazadores están disponibles en todos los establecimientos públicos de salud.
2. 100% de los medicamentos prescritos en el sector público pertenecen al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.

### Estrategias e intervenciones:

1. Transparentar información para reducir la asimetría de información sobre calidad, precios y disponibilidad. Se requiere implementar un observatorio nacional de medicamentos y un sistema de difusión al usuario
2. Implementación del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales en el sector público. Es indispensable que el petitorio esté ligado a la definición de un paquete de atención.
3. Implementación de mecanismos de compras corporativas del petitorio de medicamentos
4. Implementación del sistema de aseguramiento de la calidad que incluye el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura y de mantenimiento de los medicamentos
5. Acción multisectorial para la disminución del contrabando, comercio informal y falsificación de productos farmacéuticos a partir de la aplicación de un marco legal revisado y mejorado.
6. Integrar y alinear los procesos logísticos y financieros en función a las necesidades sanitarias locales.
7. Implementar un sistema de abastecimiento único.
8. Campañas de información sobre los medicamentos genéricos y para evitar la automedicación.

**LINEAMIENTO DE POLITICA 8:** Financiamiento en función de resultados.

### Objetivo Estratégico:

Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto en salud.

### Metas al 2011:

1. Incrementar el gasto público nacional y regional en salud del 2.5% al 3.5% del PBI
2. Incrementar el porcentaje de gasto de inversión.
3. Incrementar el gasto per-cápita compartido en los departamentos más pobres
4. Garantizar de manera progresiva el costo de las prestaciones del plan universal de aseguramiento.
5. El 100% de las unidades ejecutoras del sector salud y prestadoras del plan universal de aseguramiento dispondrán de un presupuesto por resultados.

### Estrategias e intervenciones:

1. Formulación de instrumentos que incluya el desarrollo de cuentas nacionales y regionales, estandarización de tarifas de prestaciones en el sistema de salud, el desarrollo de nuevos mecanismos de pago a prestadores y basado en indicadores de desempeño.
2. Garantizar el financiamiento público de los insumos y de las actividades de salud pública de carácter nacional, las inversiones nacionales y del plan de aseguramiento.
3. Desarrollo e implementación del presupuesto por resultados y con transparencia en el sector público del sector salud.
4. Comprometer a los Gobiernos Regionales y Locales en invertir en la ampliación y mejora de la oferta de servicios de salud.
5. Reorientación del gasto público en salud hacia las zonas más pobres, principalmente a zonas rurales
6. Desarrollo e implementación de la política tarifaria.
7. Implementación de mecanismos de pago eficientes a prestadores de salud.

## Capítulo III

# Lineamientos, Objetivos, Metas y Estrategias



**LINEAMIENTO DE POLITICA 9:** Desarrollo de la Rectoría del Sistema de Salud.

### Objetivo Estratégico:

Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.

### Metas al 2011:

1. El Ministerio de Salud en concordancia con la descentralización hará la adecuación organizacional de la función rectora.
2. Incremento del desempeño de La Autoridad Sanitaria Nacional del 63% al 80% de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).
3. Incremento del desempeño de la Autoridad Sanitaria Regional tendrá un desempeño de la FESP no menor del 70%.
4. El 60% de los establecimientos de salud públicos y privados, utilizarán Identificación Estándar de Datos de Salud (IEDS) para la integración y articulación de sus sistemas de información.
5. Realizar dos evaluaciones de la función de rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.

### Estrategias e intervenciones:

1. Fortalecer la conducción sectorial.
2. Desarrollar un programa para el desarrollo de las competencias para el ejercicio de la rectoría.
3. Desarrollo de la organización y la infraestructura (laboratorios de salud pública, equipamiento, etc.) en Salud Pública para el ejercicio de la rectoría.
4. Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria.
5. Acciones para ejercer la rectoría en el marco de la descentralización.
6. Implementación de las IEDS en los sistemas de información de los establecimientos de salud públicos y privados.
7. Mejorar la calidad y cobertura del registro de las enfermedades, de las muertes y nacimientos, de las atenciones en los servicios de salud para conocer las causas de muerte y enfermedad que permitan una respuesta efectiva.
8. Desarrollo de observatorios de rectoría y desempeño del sistema de salud.

**LINEAMIENTO DE POLITICA 10:** Participación Ciudadana en Salud.

### Objetivo Estratégico:

Crear las condiciones en el Sistema de salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos.

### Metas al 2011:

1. El 100% de los Gobiernos Regionales han realizado por lo menos un evento participativo por año para la formulación e implementación de las políticas de salud.
2. El 100% de los gobiernos han realizado por lo menos un evento participativo por año para la rendición de cuentas o vigilancia ciudadana.
3. El 100% de las redes, microrredes y los establecimientos de salud tienen un sistema participativo de atención de quejas y reclamos de los usuarios.
4. El 100% de los establecimientos de salud bajo la administración compartida, fortalecidos en sus capacidades.
5. El 100% de redes, municipios y comunidades saludables, conformadas y desarrollando acciones de Promoción de la Salud.
6. El 80% de los municipios del país incorporados al Programa de Municipios y Comunidades Saludables.

### Estrategias e intervenciones:

1. Implementación de modalidades de formulación y evaluación participativa del plan nacional de salud y de los planes de salud regional, provincial y local, desarrollando los mecanismos e instrumentos que faciliten la vigilancia ciudadana de las políticas de salud en los diversos niveles descentralizados.
2. Fortalecimiento de las Defensorías de la Salud y las fiscalías de prevención del delito a nivel regional y local para la resolución de los reclamos de los usuarios de los servicios de salud canalizados mediante las Juntas de Usuarios de los hospitales y redes, así como, para garantizar la transparencia de información de salud de los Gobiernos Regionales, Hospitales y Redes.
3. Implementación de sistemas de vigilancia en los hospitales, desarrollando los mecanismos e instrumentos que faciliten la vigilancia ciudadana del acceso y calidad de los servicios de salud y permitan la resolución de reclamos.
4. Involucramiento de diversas instancias del Esta-



## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

do en la consolidación del modelo participativo, de cogestión de los establecimientos de salud a nivel nacional, dentro del alcance del proceso de descentralización a Gobiernos Locales.

5. Difusión nacional del modelo de cogestión participativa, para un transparente e informado compromiso comunitario.
6. Implementación de modalidades de formulación, ejecución y evaluación participativas del plan nacional, los planes de salud regionales, provinciales y locales, desarrollando los mecanismos e instrumentos que faciliten la vigilancia ciudadana de las políticas de salud en los diversos niveles descentralizados de gobierno.

### 3.3.3 EN LOS DETERMINANTES

**LINEAMIENTOS DE POLITICA:** 11 Mejora de los Determinantes de la Salud.

#### AGUA Y SANEAMIENTO

##### Objetivo Estratégico:

Ampliar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico con énfasis en la infraestructura a través de la coordinación intersectorial y la participación comprometida de la población.

##### Metas al 2011:

1. Incrementar las coberturas de los servicios de agua y saneamiento, incluido el tratamiento de aguas residuales.
2. Mejorar la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento.
3. Mejorar la eficiencia de la inversión en agua potable, infraestructura y saneamiento.

##### Estrategias e intervenciones:

1. Incrementar la inversión en agua y saneamiento.
2. Formulación y ejecución de proyectos de instalación, rehabilitación y mejoramiento de agua potable y eliminación de excretas.
3. Vigilancia de la calidad de los servicios de agua y saneamiento mediante acciones de supervisión y control de los servicios que brindan las EPS, municipios y JASS.
4. Fortalecer la coordinación entre los sectores Salud, Educación y Vivienda, Construcción y Saneamiento mediante convenios de cooperación.

#### EXCLUSION SOCIAL: POBREZA, INGRESO Y EMPLEO

##### Objetivo Estratégico:

Mejorar las condiciones de inclusión social de las familias y comunidades sobre todo de las zonas de pobreza y pobreza extrema a través de la implementación de políticas públicas y la fusión, integración y articulación de los programas sociales.

##### Metas al 2011:

1. Reducción de la pobreza en las zonas rurales.
2. Programas sociales reorganizados y articulados.
3. Incrementar la responsabilidad social en promover actividades productivas en su ámbito.

##### Estrategias e intervenciones:

1. Reorganización de los programas sociales, orientándolos a:
  - Desarrollo de capacidades humanas y respeto a los derechos fundamentales.
  - Promoción de oportunidades y capacidades económicas.
  - Establecimiento de una red de protección social.
  - Sistema de focalización único.
  - Asignación presupuestal por resultados
  - Rendición de cuentas.
  - Participación activa de beneficiarios.
2. Desarrollo de intervenciones integrales y articuladas para reducir la pobreza, que involucre además a sectores de la administración pública, sector privado y sociedad civil.
3. Desarrollo de estrategias para incorporar a las empresas informales al régimen laboral de las PYMES.
4. Priorizar en el presupuesto participativo de los Gobiernos Locales y Regionales la inversión en salud, saneamiento, educación, nutrición e inversión productiva.
5. Generar las condiciones necesarias para promover el empleo.

#### MEDIO AMBIENTE

##### Objetivo Estratégico:

Promover un ambiente saludable, para mejorar las condiciones de salud de la población, de manera multisectorial y descentralizada con participación de los actores sociales.



**Metas al 2011:**

1. Contribuir a mejorar los procesos del manejo de los residuos sólidos en los niveles regional y local.
2. Reducir la cantidad y peligrosidad de contaminantes de emisiones provenientes del parque automotor nacional y de la industria manufacturera y pesquera.
3. Controlar y reducir la cantidad y peligrosidad de residuos sólidos y sustancias químicas.
4. Reducir los niveles de contaminación sonora en las áreas urbanas.
5. Mejorar la respuesta del Estado y de las regiones y municipalidades a los desastres naturales.
6. Reducir la contaminación por radiaciones ionizantes y no ionizantes.

**Estrategias e intervenciones:**

1. Completar e integrar el marco normativo de control ambiental.
2. Completar la definición de estándares para contaminantes.
3. Mejorar la gestión, la vigilancia y la fiscalización del manejo de residuos sólidos, gases contaminantes, sustancias químicas y de radiaciones ionizantes y no ionizantes.
4. Articulación de la planificación, de las acciones preventivas y de respuesta a las emergencias y desastres naturales.
5. Involucrar a la población en la vigilancia del cumplimiento de la normativa sobre cuidado ambiental.

**SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**

**Objetivo Estratégico:**

Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad debida a exposición ocupacional.

**Metas al 2011:**

1. Articular la normativa sobre salud ocupacional entre todos los sectores involucrados.
2. Universalizar el acceso a la atención de salud por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.
3. Incrementar el número de centros de trabajo que tienen prácticas saludables de trabajo y promueven una cultura de autocuidado y prevención de los riesgos ocupacionales.

4. Asegurar la reparación de los daños como consecuencia de los accidentes de trabajo y enfermedades asociadas a la ocupación.

**Estrategias e intervenciones:**

1. Revisión y actualización en forma articulada de la normativa sobre salud y seguridad en el trabajo.
2. Fortalecer la vigilancia del cumplimiento de la normativa de salud ocupacional.
3. Mejorar el registro de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.
4. Incrementar el número de recursos humanos especializados en salud ocupacional y seguridad en el trabajo.
5. Difusión entre los trabajadores de los derechos en materia de salud ocupacional así como la prevención de riesgos en su ambiente de trabajo.
6. Promover la introducción de temas de salud ocupacional en el sistema educativo de formación de profesionales de la salud.

**SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

**Objetivo Estratégico:**

Promover prácticas de alimentación y nutrición saludable en las familias con niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres que dan de lactar.

**Metas al 2011:**

1. Contribuir a reducir en 5 puntos porcentuales la prevalencia de desnutrición crónica, en menores de 5 años.
2. Contribuir a reducir la prevalencia de anemia en 15 puntos porcentuales en niños y niñas menores de 5 años.
3. Contribuir a reducir la prevalencia de anemia en 10 puntos porcentuales en mujeres en edad fértil.
4. Contribuir a reducir la prevalencia de anemia en 10 puntos porcentuales en gestantes.
5. El 80% de niñas y niños reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

**Estrategias e intervenciones:**

1. Promover prácticas saludables de alimentación y nutrición con participación de los organismos del estado, organismos de cooperación y sector privado.
2. Desarrollar e implementar planes educativos sobre alimentación infantil, gestantes y mujeres



## Capítulo III

# Lineamientos, Objetivos, Estrategias y Metas

- que dan de lactar en niveles locales y regionales.
3. Realizar acciones educativas de alimentación y nutrición, higiene y ambiente, en el ámbito comunitario, con metodologías validadas de cambio de prácticas: lavado de manos de la madre y el niño, sesiones demostrativas para la preparación de alimentos, grupo de apoyo a la lactancia materna, entre otros.
  4. Participar en la implementación de la estrategia nacional de seguridad alimentaria en el ámbito regional y local.
  5. Fomentar las políticas públicas saludables a favor de la Alimentación y Nutrición desde los Gobiernos Locales y Regionales.
  6. Desarrollar alianzas intra e inter-sectoriales que favorezcan la alimentación y nutrición saludable.
  7. Promover la vigilancia ciudadana en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional.

### SEGURIDAD CIUDADANA

#### Objetivo Estratégico:

Mejorar la seguridad ciudadana, reduciendo los niveles de violencia urbana y delitos de alto impacto, para el bienestar de la población.

#### Metas al 2011:

1. Disminuir la sensación de inseguridad, la incidencia de victimación por violencia urbana y delitos de alto impacto y la carga de enfermedad y muerte ocasionada por ella, garantizando el desarrollo de las personas del ámbito local, regional y nacional.
2. Incrementar la capacidad de respuesta interinstitucional e intersectorial en la generación de políticas, programas y acciones de prevención, control y atención de los fenómenos de violencia urbana en los ámbitos nacional, regional y local.

#### Estrategias e intervenciones:

1. Mejoramiento de la respuesta intersectorial en la seguridad ciudadana:
  - Elaboración del Plan Interinstitucional de Seguridad Ciudadana del CONASEC.
  - Monitoreo y evaluación del cumplimiento del Plan del CONASEC.
  - Implementación del Observatorio del Crimen y la Violencia en el Perú.

- Formulación e implementación de planes locales y regionales de seguridad ciudadana.
2. Promoción de la convivencia ciudadana y la inclusión social:
    - Recuperación de espacios públicos excluidos.
    - Ampliación de ofertas sociales inclusivas a poblaciones vulnerables.
    - Implementación de programa de Justicia Juvenil.
  3. Promoción de Cultura Ciudadana:
    - Promoción de cultura vial y de prevención de accidentes en grandes ciudades.
    - Prevención de la violencia familiar.
    - Promover y concertar la participación ciudadana para generar cambios de entornos saludables que contribuyan a la protección y seguridad ciudadana.
  4. Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los Servicios de Seguridad Ciudadana:
    - Capacitación del personal policial en habilidades de comunicación, educación, resolución de conflictos y liderazgo.
    - Mejoramiento de los procesos y procedimientos de atención e intervención de los policías en comisarías y en la calle.
    - Fortalecimiento de servicios de emergencia, con equipamiento y capacitación para la atención de traumatismos y situaciones de crisis.
    - Mejoramiento de la coordinación, la colaboración mutua y el intercambio de información entre los servicios de salud y la Policía Nacional del Perú (PNP).

### EDUCACION

#### Objetivo Estratégico:

Desarrollar una Política de Estado que consolide la promoción de una cultura de salud, (estilos de vida y entornos saludables) intra e inter-sectorial, con una participación activa de la sociedad en general.

#### Metas al 2011:

1. Incluir en la currícula educativa contenidos sobre cuidado de la salud y promoción de estilos de vida saludables.
2. Reforzar la rectoría de los sectores para generar e integrar normas y metas intersectoriales.

## Capítulo III Lineamientos, Objetivos, Metas y Estrategias



### Intervenciones:

1. Desarrollar una Política de Estado para la promoción de una cultura de salud, destinada a lograr estilos de vida y ambientes saludables, mediante una participación activa de la sociedad y todos los niveles de gobierno.
2. Mejorar la calidad de la oferta educativa en zonas rurales con participación activa de los Gobiernos Locales.
3. Incrementar el número de instituciones educativas que participan en el programa de promoción de la salud en instituciones educativas.
4. Coordinar las acciones necesarias para la inclusión de contenidos de salud en la currícula educativa.
5. Promover los procesos de participación ciudadana en el escenario educativo y la conformación de redes sociales para desarrollar hábitos saludables y actividades de protección de la salud.





## Capitulo IV



# Evaluación

## Evaluación y Vigilancia





Para realizar las evaluaciones y vigilancia del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) es necesario incorporar previamente sus contenidos en los documentos institucionales, como: Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM), así como incluir las estrategias metas, objetivos e indicadores del PNCS en la programación anual regular del sector salud, de los gobiernos regionales, locales y promover su inclusión en otros sectores.

Por las complejas características de concertación, compromisos intersectoriales, su esperada acción a lo largo del tiempo, la diversidad de sus contenidos temáticos y lo estratégico de sus acciones, el Plan Nacional Concertado de Salud requiere de una estrategia dinámica participativa para su vigilancia, monitoreo y evaluación.

Se han definido las siguientes estrategias:

1. Incorporar en el sistema de información nacional de salud, los datos y procesos necesarios para la vigilancia del comportamiento de los indicadores de cumplimiento de objetivos y metas seleccionados en el plan, a disposición de todos los actores involucrados.
2. El Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos regionales y locales, evaluará anualmente e informará a la comunidad los avances en la implementación del PNCS y analizarán los nuevos acuerdos y pasos a implementar.
3. El Ministro de Salud informará los avances del plan en el informe anual al Presidente de la República y al Congreso Nacional.





# Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



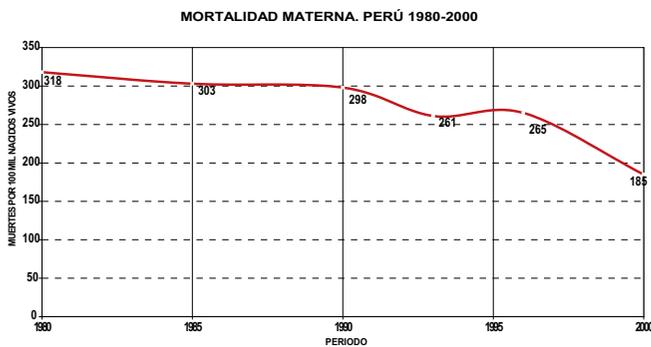
# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

### Mortalidad Materna:

#### Situación actual:

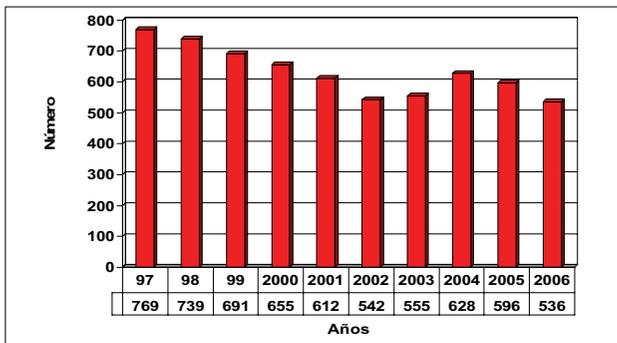
La razón de mortalidad materna de nuestro país es elevada en el marco del contexto regional y mundial. Viene a reflejar las barreras (económicas, culturales y geográficas), inequidades y la deficiencia del funcionamiento de los servicios de salud como un sistema integrado, contexto en el cual, un hecho fisiológico tal como la maternidad se puede convertir en una condición de riesgo para la vida de las mujeres y del recién nacido.



Fuente: UNFPA Perú en cifras (con base en datos de ENDES 96, ENDES 2000), y UNFPA, Estado de la salud peruana.

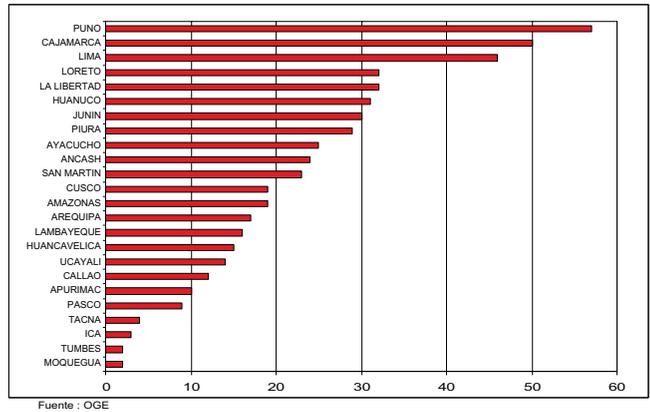
Las elevadas cifras de mortalidad materna han tenido un comportamiento estacionario hasta mediados de la década de los 90, cuando se inicia una tendencia decreciente que, si bien no revierte la gravedad de la situación, muestra una evolución favorable. Esta es explicada en parte, por la expansión de la oferta de servicios públicos de salud hacia las zonas más pobres del país, a través del Programa de Focalización del Gasto Social Básico (más comúnmente conocido en el sector como Programa de Salud Básica para Todos). También ha contribuido la implementación inicial del Seguro Materno Infantil, el mismo que a partir de 2001, ha sido convertido en el Seguro Integral de Salud<sup>5</sup>.

### MINISTERIO DE SALUD Número de Muertes Maternas Notificadas 1997-2006



Fuente: DGE

### MUERTES MATERNAS NOTIFICADAS - 2006



Fuente: OGE

Tal como ocurre con la mortalidad infantil, los promedios nacionales suelen ocultar la gran brecha sanitaria existente entre las regiones de mejor nivel socio económico y aquellas más pobres. Se puede inferir el grado de desempeño del sistema de servicios de salud de regiones tales como Puno, Cajamarca, La Libertad (zona rural), Loreto, Cusco, Huanuco, Piura, Junín, Huancavelica y Ayacucho también se incluye a Lima por ser sus hospitales receptores de las gestantes y púerperas que son referidas del ámbito nacional por presentar complicaciones severas. Estos se encuentran con un retraso sanitario de al menos 10 años, esta situación, puede ser aún más dramática si es que estas regiones se comparan con algunos distritos dentro de la ciudad de Lima, en cuyo caso, el retraso de desempeño sanitario puede ser de más de dos décadas.

### Embarazo en Adolescente:

La población adolescente se ve expuesta a un inicio cada vez más temprano de la experiencia sexual incidiendo directamente en el embarazo en adolescente. Según ENDES 2004-2005, el 12.7% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya eran madres o estaban gestando y los mayores porcentajes se presentan entre las mujeres con educación primaria (34%) entre aquellas que residen en la Selva (32%), entre las del quintil inferior de riqueza (29%) y entre las que residen en el área rural (21%).

Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (8%), entre aquellas mujeres con educación superior y en las del quintil de riqueza superior 4% en cada caso, evidenciándose de esta forma las enormes brechas al interior del país.

La proporción de adolescentes que inician el proceso de procreación se incrementa con la edad desde un 2% a los 15 años hasta un 28% a los 19 años.

Según ENDES 2004-05, los más altos porcentajes de embarazo en adolescentes se presentan en los departamentos de Loreto (34.4%), Ucayali (27%), Amazonas (26.5%), Huancavelica (24.9%), Madre de Dios (23.6%), Ayacucho (21.3%) y San Martín (21.1%). Sin embargo, el incremento más significativo comparando los años 1996 y 2000 lo encontramos en los departamentos de Ancash donde se observa un incremento de 8.2 puntos porcentuales, Loreto con incremento de 5, Apurímac con incremento de

<sup>5</sup> Con relación a la evolución más reciente, las proyecciones de mortalidad materna a partir de la ENDES 2004 no podrán estar disponibles sino hasta el año 2007.

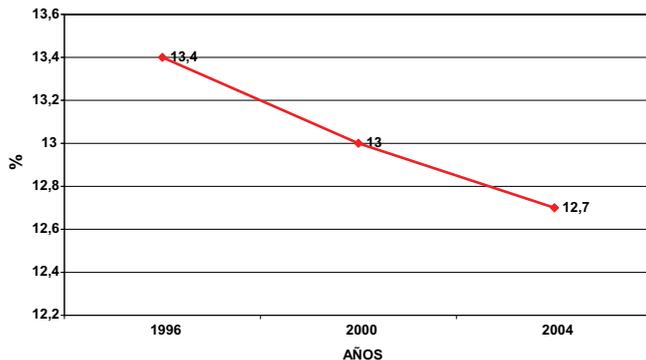
Anexo 1:  
Principales Problemas  
Sanitarios



2.5, y con menores incrementos: Huancavelica con 2.2 , Cusco con 2, Lima con 0.8, Puno con 0.6 y Ayacucho con 0.3.

Tasa de embarazo en Adolescentes

TENDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN ENDES 1996-2004



El 64% de adolescentes embarazadas manifiestan que estos embarazos no eran deseados.

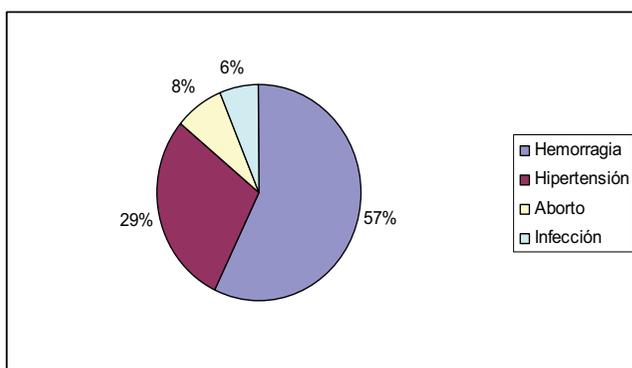
Siendo la tasa de fecundidad de 59 por mil mujeres en el grupo de 15 a 19 años según la ENDES 2004-05.

Los valores calculados para la mortalidad materna en adolescentes es de 22.2 por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva (ENDES 2000), esto indica lo delicado de esta situación y el gran esfuerzo que todavía falta realizar, principalmente en disminuir los embarazos no deseados.

**Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio:**

Es importante conocer que la mujer está en riesgo durante todo el embarazo, riesgo que se acumula durante su vida reproductiva cada vez que se embaraza. Muchas de las mujeres que sufren complicaciones obstétricas y que logran sobrevivir, padecen serias dolencias en su función sexual y reproductiva y además padecen serias complicaciones de carácter social y familiar. Las complicaciones más graves en el embarazo, parto y puerperio se producen en el 35% del total mujeres embarazadas las cuales deben ser resueltas con prontitud o de lo contrario conllevan a la muerte materna.

MUERTE MATERNA SEGUN CAUSAS DIRECTAS AÑO 2006



Fuente: DGE 2006

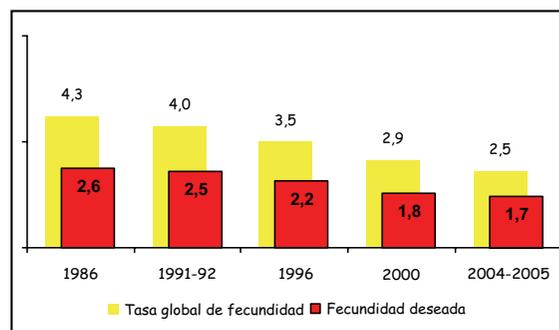
Es así que las principales emergencias obstétricas no resueltas son causas de muerte materna. Datos reportados por las DIRESA/DISA para el año 2006, muestran que dentro de las causas directas, la Hemorragia es la primera causa de muerte materna con un 57%, la hipertensión inducida por el embarazo es la segunda causa con 29%, el aborto ocupa el tercer lugar con 8% y la infección se encuentra en cuarto lugar con el 6%.

Siendo la primera causa de mortalidad materna la hemorragia, se hace necesario contar con disponibilidad de sangre segura. La mayoría de departamentos con alta mortalidad materna, cuentan con centros de hemoterapia sólo en la capital departamental. Considerando la difícil accesibilidad y ruralidad de algunos departamentos, es necesario fortalecer e implementar acciones alternativas, para dar respuesta a la primera causa de mortalidad materna como son las hemorragias.

Acceso a la cesárea: La proporción de cesáreas es un dato que también demuestra la inequidad en el acceso a servicios con adecuada capacidad resolutive. Los departamentos con menor frecuencia de este procedimiento son Huancavelica (5.3 por ciento), Cajamarca (5.71 por ciento), y Puno (5.88 por ciento). En zonas rurales esta situación es más sentida.

Planificación Familiar: El 57% de mujeres en unión no desea tener más hijos, mostrándose todavía una brecha significativa entre la fecundidad deseada y la fecundidad real. La ENDES 2004-05 mostró una fecundidad deseada de 1.7 hijos frente a la observada de 2.5 hijos por mujer, evidenciando que aun existe una necesidad insatisfecha de planificación familiar que es de 8.3%.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD OBSERVADA Y DESEADA PERU 2005



ENDES 86, 91-92, 96, 2000, 2004-2005

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área rural (11 por ciento) que en el área urbana (7 por ciento). De igual forma es mayor en la Selva (11 por ciento) que en Lima metropolitana (7 por ciento). Entre las mujeres sin educación, la necesidad insatisfecha es casi tres veces más que las unidas con estudios universitarios (14 por ciento vs. 5 por ciento).

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental para lograr disminuir la mortalidad materna y perinatal. En países en donde la fecundidad es baja, las tasas de muerte materna son igualmente bajas, y estas aumentan en la medida que la fecundidad aumenta, por el reconocido riesgo acumulativo que ocurre durante la vida reproductiva.



# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

### Mortalidad Perinatal:

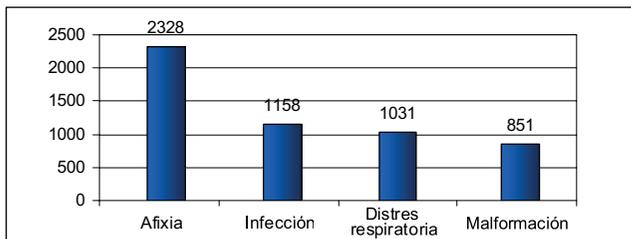
#### Situación actual:

La tasa de mortalidad perinatal es de 19 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, con un componente menor de nacidos muertos que de muertes tempranas. (ENDES 2004-05). Este valor es particularmente importante porque representa un porcentaje importante dentro de la mortalidad infantil.

La mortalidad perinatal para los nacimientos de madres que tenían 40-49 años en el momento del nacimiento es alta (39 por mil) en comparación con los otros grupos de edad, en particular respecto a las madres menores de 20 años y aquellas de 20 a 29 años de edad (21 y 15 por mil respectivamente).

Los problemas están mayoritariamente relacionados a las condiciones de la madre: edades extremas, intervalos intergenésicos cortos, nivel educativo, falta de cuidado del embarazo e inadecuada atención del parto, entre otras.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORTALIDAD PERINATAL  
PERU 2005



Fuente: OGEI 2005

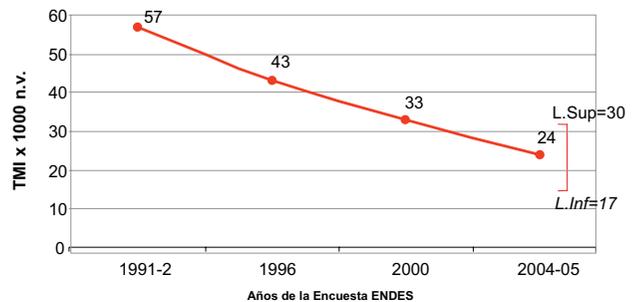
### Mortalidad Infantil

#### Situación actual:

La niñez es una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano y su influencia se extiende durante la vida adulta. Garantizar a los niños y niñas el mejor comienzo de la vida es la manera de asegurar el desarrollo y el progreso de las naciones. En este sentido, la Convención de los Derechos del Niño, como marco normativo de referencia internacional para el desarrollo de las políticas públicas a favor de la infancia, establece diversos acuerdos que expresan la convicción plena del interés superior del niño y el aseguramiento de la protección y cuidado necesarios para su bienestar.

En nuestro país la tendencia de reducción de la mortalidad infantil, así como la tendencia de la reducción de la mortalidad en menores de 5 años entre los años 1992 y 2004-2005, indican que la meta prevista en los Objetivos del Milenio al año 2015 (reducir en dos tercios la tasa de 1990) es alcanzable. En ambos casos basta que en los próximos 10 años se reduzca la mitad de la disminución producida entre los años 2000 y 2004 para alcanzar la meta. De acuerdo a la ENDES 2004-2005 por cada mil niños nacidos vivos, 24 mueren antes de cumplir su primer año y 32 mueren antes de cumplir los cinco años de edad.

Tasa de Mortalidad Infantil Años 1992-2004-05



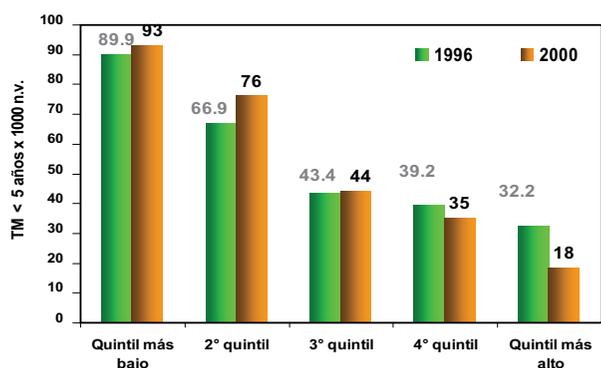
Fuente: ENDES 92, ENDES 96, ENDES 2000, ENDES continua 2004-2005

El análisis departamental considerando el ENDES 2000 revela que la mortalidad infantil; se concentra en los departamentos que conforman el trapecio andino: Cusco (84 por mil nacidos vivos), Huancavelica y Apurímac (71 por mil nacidos vivos) Huánuco (63), Puno (59) y Cerro de Pasco (58). Los departamentos con menor mortalidad infantil son Lima (20), Ica (21), Tacna (24), Madre de Dios y Moquegua (28).

La probabilidad de que una niña o niño mayor de 11 meses muera antes de cumplir los cinco años a nivel departamental muestra los mayores niveles en los departamentos de Cusco, Huancavelica, Huánuco y Puno.

El análisis de datos con mayor desagregación muestra que si-gue existiendo una gran inequidad que debe ser contrarrestada ya que las poblaciones rurales y el quintil más pobre tienen tasas de mortalidad infantil y de la niñez 4 ó 5 veces más altas que la población de Lima y el quintil más rico respectivamente.

Mortalidad en Menores de 5 años según nivel adquisitivo  
Perú 1996 - 2000



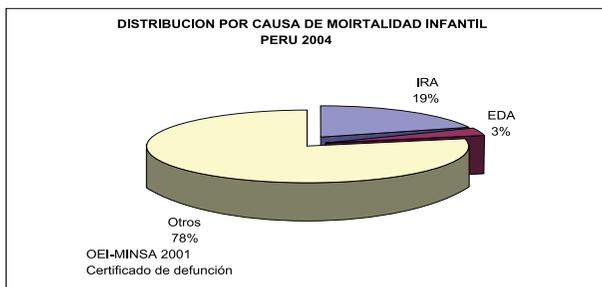
Fuente: ENDES

Así mismo, se observa que las tendencias mencionadas de la mortalidad infantil y de la niñez entre 1992 y 2005 se vienen produciendo pese a que los niveles de pobreza y pobreza extrema no se han reducido significativamente en ese mismo período, lo cual permite afirmar que la reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años tienen una importante relación con el desarrollo de políticas de salud, tales como las inmunizaciones masivas, la ampliación del acceso a servicios de salud y de estrategias como la rehidratación oral, el control

Anexo 1:  
Principales Problemas  
Sanitarios

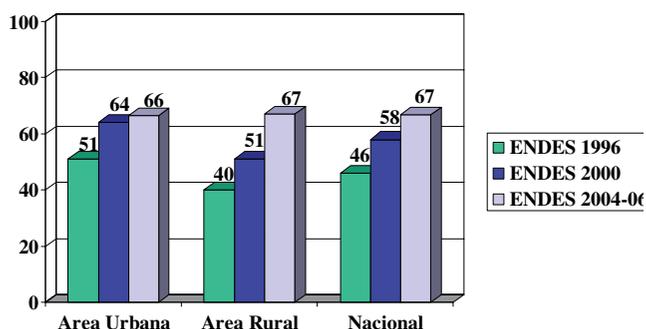
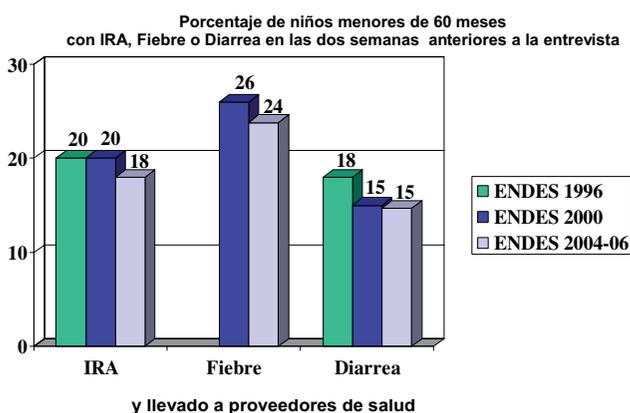


del crecimiento, el incremento del parto atendido por personal capacitado. Al respecto, en los últimos años, el Seguro Integral de Salud ha facilitado la disminución de la barrera económica al acceso de los servicios de salud en los menores de cinco años contribuyendo a la disminución de la mortalidad especialmente por las enfermedades prevalentes de la infancia como Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), cuyo control ha brindado la mayor contribución a la ganancia en años de expectativa de vida en nuestras niñas y niños.

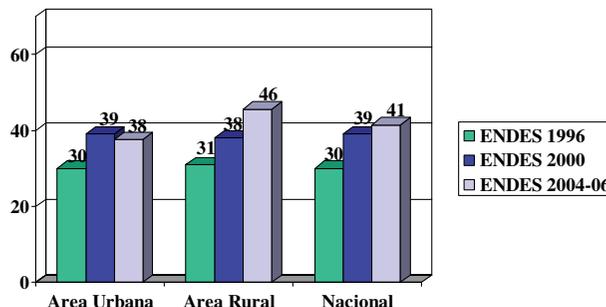


Es así, que de la totalidad de muertes en el menor de 5 años el año 2004 corresponde a la neumonía el 18.6% y a la deshidratación por diarrea el 3.2%. Enfermedades evitables, siempre que su intervención contemple los determinantes de la salud y una adecuada respuesta del sistema de salud como la oportuna captación, manejo y seguimiento de casos.

Respecto a la morbilidad por IRA, fiebre y diarrea, en menores de 5 años, según la encuesta de ENDES, para los años 1996, 2000 y 2004-2006 puede observarse una ligera disminución en el caso de la IRA y si es importante la disminución de la fiebre y diarrea que indirectamente permite indicar que mejoran las condiciones de salud de la población, en especial por el cambio de los estilos de vida.



Porcentaje de niños menores de 60 meses con Diarrea y llevado a proveedores de salud



Los servicios de salud tienen mejor capacidad de respuesta para los casos de IRA y EDA en el menor de 5 años según demuestra las encuestas de ENDES.

Es importante señalar que la mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad infantil se incrementó del quinquenio 1990-1995 a 1995-2000, pasando de 52 a 55 por ciento. De esta forma la mortalidad de los menores de 29 días pasa a ser la primera causa de mortalidad infantil en el país. Este componente de la mortalidad infantil resulta más difícil de reducir, porque ello requiere iniciativas para mejorar el acceso y calidad de la atención de salud materna y neonatal, es decir, cobertura de la atención prenatal con calidad que contribuya al manejo adecuado de factores de riesgo prenatales, el parto en establecimientos de salud, reanimación neonatal, atención especializada a los nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer, la detección temprana y manejo oportuno de la sepsis neonatal, así como un adecuado control y seguimiento del neonato en el contexto de la familia y comunidad, convirtiéndose en un reto prioritario junto con la mejora del estado nutricional y de micro nutrientes de la niñez. Las estadísticas globales indican que las principales causas relacionadas a riesgo de muertes neonatales son la asfisia al nacer, las infecciones, los síndromes de dificultad respiratoria, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro.

El riesgo de mortalidad infantil se ve incrementado cuando la madre tiene edades extremas así en la madre adolescente representa 52 por mil y en la madre entre 40 y 49 años de edad es de 80 por mil.

Así mismo la influencia del orden de nacimiento en la mortalidad infantil revela que el cuarto a sexto orden implica mayor riesgo de muerte que el primero.

Es evidente que a pesar de los logros alcanzados, las brechas relacionadas con niveles de urbanización, edad y educación de las madres aún no se superan, estas brechas se hacen aún mayores cuando se analiza el área rural en relación a la urbana.

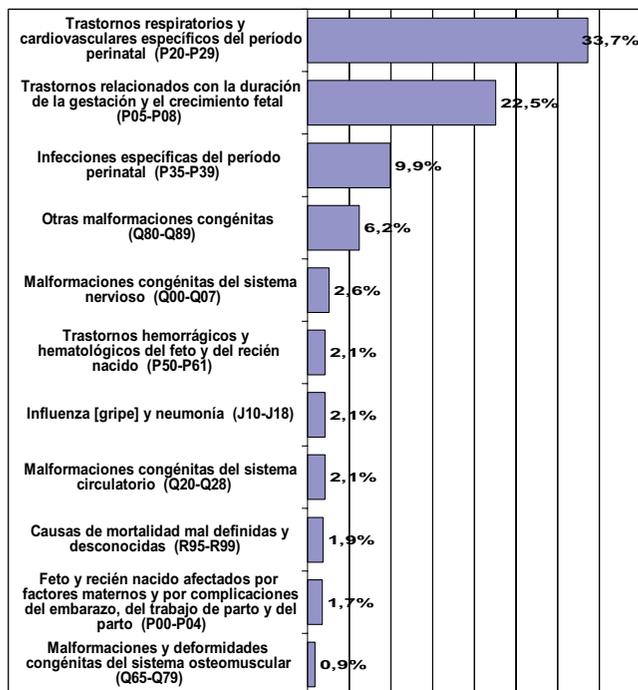
Cabe anotar que la salud de los niños y niñas es el resultado de diversas intervenciones que deberían operar coordinadamente y que traspasan el ámbito netamente de la mirada sectorial de salud. Por ello, las políticas y programas de salud deben vincularse con los campos de la nutrición, los servicios de saneamiento, educación y cuidados de la infancia y la niñez ya que el impacto resultará de acciones que operen de manera armónica y sistemática.



# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

CAUSAS DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PERU 2004



Fuente: OGEI/MINSA

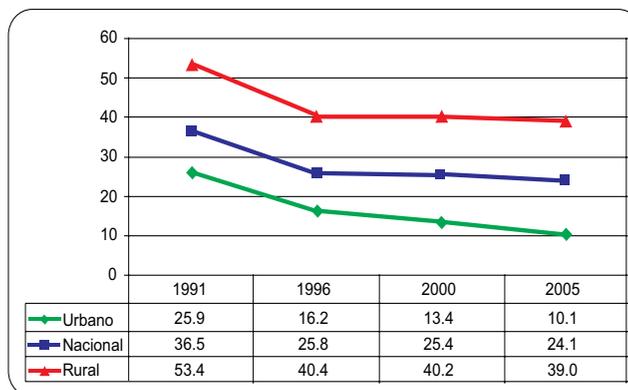
### Desnutrición Infantil

#### Situación Actual

Uno de los principales problemas nutricionales del país es el retardo en el crecimiento o desnutrición crónica. Cerca de la cuarta parte de los niños menores de 5 años (25.4% según la encuesta ENDES 2000 y 24% según ENDES continua 2005) adolecerían de desnutrición crónica. El retardo del crecimiento se observa desde los 6 meses de edad y alcanza el 28.5% de los niños a los dos años, deduciéndose que aproximadamente el 80% de los niños con desnutrición crónica lo están antes de los dos años de edad. Es decir la desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo a lo largo del tiempo y que difícilmente se revierte.

Debe mencionarse que el promedio nacional esconde las grandes diferencias entre el área urbana (10.1%) y rural (39.0%) habiéndose agrandado aun mas en el último quinquenio, según ENDES continua 2005. Asimismo, en la Sierra (37.1%) y la Selva (23.4%) la desnutrición crónica es mayor que en la Costa (15.1%). El análisis a nivel departamental muestra que de los 24 departamentos del país, Huancavelica, Huanuco y Ayacucho fueron los más afectados con prevalencias del 48,5%, 40.7% y 40,2% respectivamente.

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS < 5 AÑOS



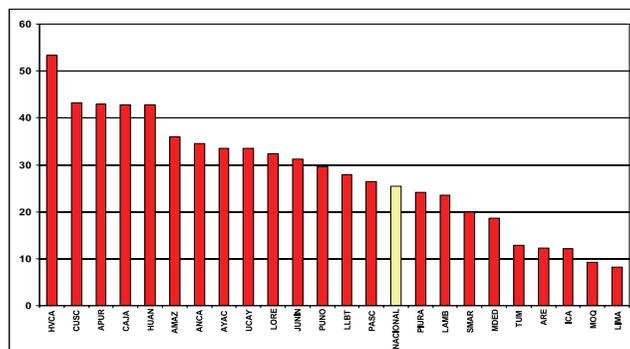
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Los menos afectados con la desnutrición crónica son los niños de madres con educación superior, tan sólo el 3% de ellos sufren retardo en su crecimiento. Contrariamente, los más afectados son los niños de madres sin educación, el 55% de esto niños son desnutridos crónicos. Existe diferencia del efecto de la desnutrición por quintiles de pobreza, concentrándose con mayor fuerza en el quintil inferior donde el 46 por ciento de niños sufren de desnutrición crónica en comparación con tan sólo el 4% de ellos en el quintil superior.

Los datos indican que la desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad, y prácticamente se completa entre los 24 y 36 meses. Hasta los 6 meses, los niños parecen estar bastante protegidos por la lactancia materna, lo cual se sustenta en el hecho que el requerimiento nutricional del niño o niña a partir de los 6 meses no se cubre exclusivamente con la leche materna y es el momento donde se inicia la incorporación de alimentos sólidos y semisólidos a la dieta del niño o niña a fin de incrementar la densidad energética de la dieta. Es en esta etapa, que la madre por desconocimiento, inadecuado cuidado, o falta de acceso económico; no provee adecuadamente de nutrientes a su niño o niña, el cual no crece a fin de compensar la deficiencia nutricional. Por otro lado, se conjuga también el hecho que los niños y niñas que viven en condiciones inadecuadas de salubridad comienzan a presentar episodios de diarrea que contribuyen a la pérdida de nutrientes y por consecuencia pérdida de peso, iniciándose el proceso de adaptación orgánica, reduciendo la velocidad del crecimiento y desarrollo, a fin de minimizar el consumo de energía y otros nutrientes del niño o niña.

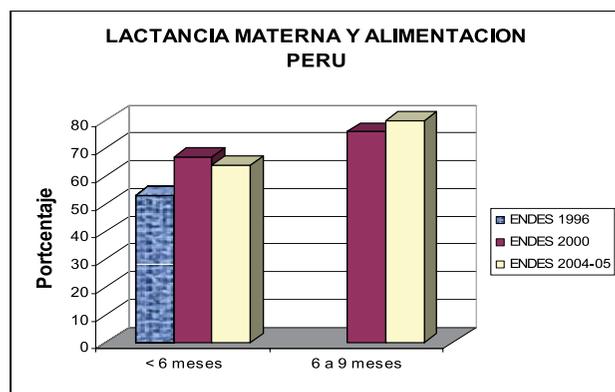


### PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS < 5 AÑOS, SEGÚN DEPARTAMENTOS ENDES 2000



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

### LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION PERU



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

La desnutrición crónica influirá en el deterioro de la capacidad intelectual de los niños, limitando la productividad en la vida adulta y aumentando las posibilidades de enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes, etc.) lo que aumentan los costos en la atención de la salud de la población. Asimismo el riesgo de muerte aumenta crecientemente entre los niños que están leve, moderada y gravemente desnutridos.

La desnutrición frecuentemente se inicia desde la concepción: mujeres embarazadas y mal nutridas tienen un mayor riesgo de muerte al dar a luz y tiene una mayor probabilidad de que sus hijos presenten indicadores de malnutrición especialmente bajo peso al nacer.

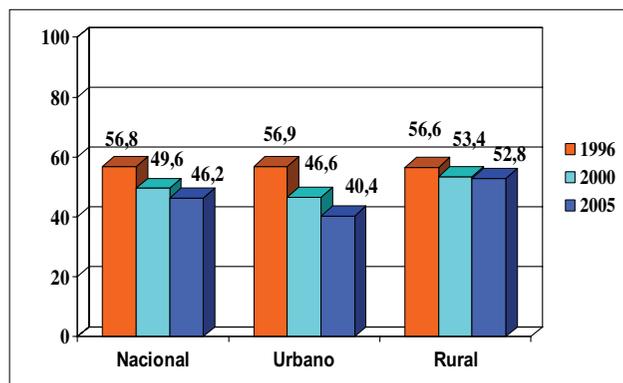
Después de cumplir los dos años de edad resulta virtualmente imposible, que los niños afectados de retardo del crecimiento, se recuperen y alcancen el potencial de crecimiento esperado, por lo que tendrán una talla baja toda su vida.

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas nutricionales del país. Los resultados de la ENDES 2000 y Continua 2005 nos muestran que a pesar de la reducción, de 49.6% a 46.2% en niños menores de 5 años y de 31.6% a 28.6% en mujeres en edad fértil, la prevalencia de anemia se mantiene alta.

La anemia en niños es más frecuente en el área rural (52.8%) que en el área urbana (40.4%). Asimismo, la anemia se presenta a temprana edad afectando al 63.9% y 71.1% de los niños de 6 a 11 meses y 12 a 23 meses respectivamente, situación que demanda una atención inmediata por el efecto negativo en el desarrollo temprano. Por otro lado, de los niños que presentan anemia el 25.4% es leve, 20.1% es moderada y el 0.7% es severa según ENDES Continua 2005. Por región natural, la anemia es más frecuente entre los niños que residen en la Sierra (54.9%) y Selva (51.3%), prevalencia mayor que en la Costa (39%). Una mayor prevalencia, de cualquier tipo de anemia, se presenta entre los niños que pertenecen a los menores quintiles de riqueza (53%), que entre los del quintil superior (32%).

En relación a las mujeres en edad fértil la prevalencia de anemia, también es mas alta en el área rural (31.6%) que en el área urbana (27.1%). Asimismo, de las mujeres en edad fértil que presentan anemia el 24% es leve, 4.3% es moderada y el 0.3% es severa según el ENDES Continua 2005.

### PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Podemos afirmar que la desnutrición crónica y la anemia en las niñas y niños menores de cinco años representan una expresión de la pobreza e inequidad social, y que las intervenciones para disminuir su incidencia, requieren acciones intersectoriales concertadas, que involucren al entorno mas próximo, responsable de la atención, cuidado de las niñas y niños incluso desde el momento de la gestación, afirmando el vínculo de la salud materna e infantil.

### Controlar las Enfermedades Transmisibles

#### Tuberculosis

Situación actual:

En el Perú, como en el resto de países de bajos y medianos ingresos, se encuentran determinantes sociales, como pobreza, inequidad y exclusión, que facilitan la transmisión de enfermedades infectocontagiosas<sup>6</sup>.

La tuberculosis es producto de la combinación de una multiplicidad de factores: cambios demográficos (migraciones internas, urbanizaciones con hacinamiento), económicos (desempleo,

<sup>6</sup> Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: La experiencia peruana. Primera edición. 2006



# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

bajo ingreso per cápita familiar), adaptación del microorganismo desarrollando resistencia a los antibióticos existentes para su control y deterioro global de las intervenciones de salud pública. La tuberculosis no solo tiene efectos sobre la calidad de vida y su contribución al perfil de la mortalidad, sino que constituye un serio riesgo para el desarrollo sostenible ya que produce enormes pérdidas en la productividad de las personas afectadas y genera enormes gastos para el país en su intención por controlar sus efectos. La tuberculosis contribuye en el empobrecimiento del individuo, familia y sociedad, ya que esta enfermedad no solo es consecuencia sino también condicionante de pobreza<sup>7</sup>.

La tuberculosis es una enfermedad social cuya prevalencia sigue siendo aún alta, aunque con una tendencia decreciente. Es la principal enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, en donde los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos<sup>8</sup>.

El control de la Tuberculosis en el Perú tiene varias décadas de ejercicio, con resultados variables. En 1999, se estimó que la tuberculosis generó para la sociedad peruana un costo aproximado de 95 millones de dólares. De este costo, las muertes por tuberculosis generan el 53% (50 millones de dólares). Los principales costos de la tuberculosis son aquellos que afronta la sociedad (79%), mientras que el Estado carga con el 21% de los mismos. Dentro de los costos para la sociedad, tienen más importancia los costos por uso del tiempo, que los gastos monetarios. De estos hechos hacen que buena parte de los costos de la tuberculosis no sean explícitos para la sociedad y no sean contabilizados como tales, lo que tiende a hacer que la importancia económica de la enfermedad sea subvalorada, y con ello, la importancia social y política de la misma también. Después de la sociedad, las familias son quienes asumen la mayor parte de los costos, el costo asciende a más de 24 millones de dólares<sup>9</sup>.

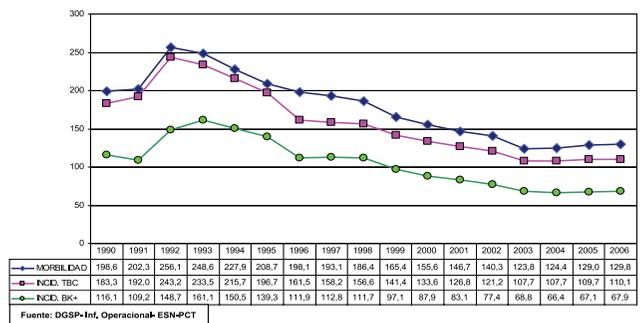
En los últimos 15 años han ocurrido cambios importantes en el control eficiente de la Tuberculosis en condiciones de trabajo real. El año 2006 se han diagnosticado 36,643 casos, lo que se traduce en una tasa de morbilidad de 129,9 por 100,000 habitantes, comparado con el año 1992 que fue de 256,1 por 100,000 habitantes, se evidencia una disminución de 50,3%, asimismo en relación a la forma contagiante de la enfermedad tenemos que se diagnosticó 19,251 casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP FP), lo que traduce una tasa de incidencia de 67,9 x 100,000 habitantes, si lo comparamos con el año 1993 (año de máxima tasa) 161,1 x 100,000 habitantes, evidencia una disminución del 42%.

De mantenerse este esfuerzo, se lograría una caída real y sostenida de las tasas de 5% a 6% anual, de tal manera que el 2011 tengamos una tasa de TBP-FP de 55 casos x 100,000 habitantes.

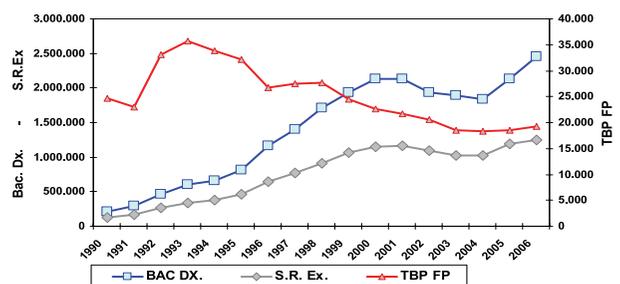
En el periodo 2002-2003 se estima que se dejaron de diagnosticar 13,000 casos de TBP- FP, provocando una prevalencia acumulada que se ve reflejada en las variaciones de las tasas de morbilidad e incidencia (casos nuevos) en los 3 últimos años, como consecuencia del incremento de la búsqueda de casos el

año 2006, se notifica Sintomáticos Respiratorios Identificados (SRI) 1'396,494, de los cuales se examinaron 1'262,078 (90%), con un promedio de 1,9 baciloscopias por sintomático respiratorio, producto de ello se realizan 2'498,811 baciloscopias de diagnóstico.

Tasa de Morbilidad, Incidencia de TB e Incidencia de TB pulmonar Frotis positivo

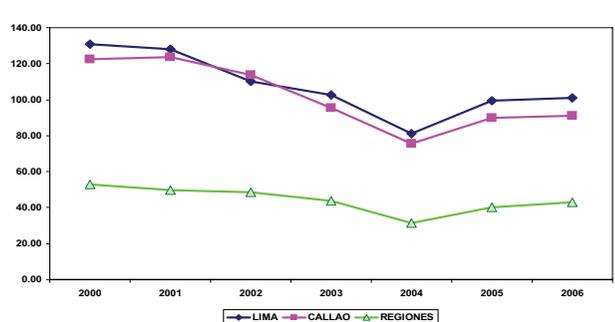


Evolución de Sintomáticos Respiratorios Examinados, Baciloscopias Diagnósticas y TBP-FP. Perú 1990-2006



En la actualidad del total de casos de tuberculosis sensible existente en el país, el 60% se concentra en Lima y Callao, pero a nivel de las regiones tenemos que: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica, reportan incidencias sobre el promedio nacional (67.12 x 100,000 habitantes)<sup>10</sup>.

TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSIVO LIMA - CALLAO Y REGIONES DE SALUD PERU 2006



En el Perú la Tuberculosis Multidrogo Resiste (TB MDR) es una amenaza a la efectividad del DOTS (estrategia altamente costo/ efectiva para el control de la tuberculosis, diseñada por la Organización Mundial de la Salud), actualmente constituye el 3%

<sup>7</sup> Impacto Económico de la Tuberculosis en el Perú 1999. Primera edición 2001.

<sup>8</sup> DGSP-MINSA. Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima, 2004

<sup>9</sup> Impacto Económico de la Tuberculosis en el Perú 1999. Primera edición 2001.

<sup>10</sup> Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis año 2006. Informe del Seminario Taller Marzo 2006.

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



del total de casos de tuberculosis diagnosticados y tratados en el país. Con la existencia de quimioterapia eficaz, el fortalecimiento de la red de laboratorios, las permanentes actividades de promoción y prevención, además de la experiencia adquirida en su manejo, se espera que la incidencia de TB MDR continúe la tendencia de disminución como ha ocurrido en el año 2006<sup>11</sup>.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB esta trabajando en diversos escenarios epidemiológicos sociales como las áreas de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB), en la comunidad en general, establecimientos penitenciarios, comorbilidad TB-VIH y transmisión de TB en el personal de los establecimientos de salud y se esta planificando una intervención en poblaciones indígenas y en zonas de frontera<sup>12</sup>.

La infección VIH SIDA en el país, tiene un patrón de epidemia concentrada. La asociación VIH TB notificada en el año 2006 representa el 1.8% de la morbilidad por tuberculosis en general y una tasa de incidencia de comorbilidad VIH TB de 2,29 x 100,000 habitantes. La letalidad es alta en pacientes coinfectados probablemente debido a complicaciones asociadas con el SIDA o diagnostico tardío de tuberculosis, por lo que en comorbilidad debemos integrar el control de la tuberculosis y el cuidado del VIH para sinergizarlos<sup>13</sup>.

Los establecimientos penitenciarios reúnen condiciones de hacinamiento, promiscuidad que determinan altas tasas de morbilidad (el año 2003 en el penal de Lurigancho, la tasa de morbilidad de 3104,8 x 100,000 habitantes). Estas poblaciones no son absolutamente cerradas pues anualmente circulan como visitantes más de 300,000 personas incluyendo algunos miles de niños, de manera que es posible que se trasmita tuberculosis y TB MDR a la comunidad<sup>14</sup>.

En los últimos años han ocurrido cambios importantes en el trabajo operativo para el control eficiente de la Tuberculosis, para ello fue necesario convocar a profesionales y técnicos con experiencia de campo y se mejoraron los conocimientos y destrezas de los trabajadores de los establecimientos de salud, estableciendo compromisos que permitieron activar una nueva cultura en la calidad de la atención y el establecimiento de nuevos paradigmas para las buenas prácticas de atención. Lo que ha permitido mejorar las actividades de gestión incrementando la búsqueda de sintomáticos respiratorios y el acceso al diagnóstico y tratamiento absolutamente gratuito para todo ciudadano peruano que lo requiriera; acciones que fueron acompañadas con la conformación de equipos multidisciplinarios, una mejor articulación de los diferentes niveles de atención, el fortalecimiento del sistema de información y registro que permitió el análisis de la situación y la toma de decisiones.

### VIH-SIDA

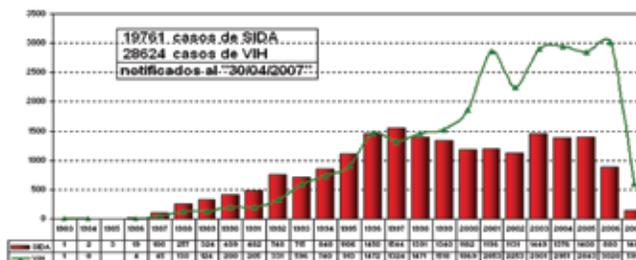
#### Situación actual:

A nivel mundial el SIDA es un problema de salud pública de mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos, situación a la cual no está ajeno nuestro país. Afecta a todas las personas, sin distinción

de su condición económica, edad, sexo o raza, observándose además que los habitantes de los países en desarrollo son los más afectados y que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son muy vulnerables.

El Ministerio de Salud en el Perú ha reportado, según datos oficiales de la DGE- MINSa, 19,761 casos de SIDA y 28,624 casos de VIH notificados al 30/04/2007<sup>15</sup>. Existen aproximadamente 8.800 personas que viven con el virus del SIDA que necesitan tratamiento de las cuales 7,590 (86,3%) ya recibe tratamiento Antirretroviral de gran actividad (TARGA) al mes de mayo del 2007 en establecimientos del Ministerio de Salud y el total nacional que incluyen otras instituciones en la fecha llega a 10,610 (reportes oficiales de EsSalud y COPRECOs). Actualmente los medicamentos que utiliza el Ministerio de Salud son adquiridos por el Tesoro Público con el apoyo técnico administrativo de la ESN PyC ITS VIH SIDA, DIGEMID, OGA ORE, así mismo se está coordinando una compra centralizada de medicamentos para niños junto con el SIS, DIGEMID y las DISAS/DIRESAS.

CASOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO  
PERU, 1983-2007



Fuente: DGE-MINSa

De acuerdo la información sobre la magnitud y distribución de la epidemia por VIH/SIDA en el Perú, disponible a través de estudios de seroprevalencia que se realizan en determinados grupos poblacionales, y siguiendo la clasificación del estado de la epidemia propuesta por el Banco Mundial en 1997, y por la información con la que se cuenta, es claro que en el Perú se presenta una epidemia concentrada; es decir que la prevalencia de la infección por VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo, como en hombres que tienen sexo con hombres, pacientes con infecciones de transmisión sexual (ITS), es mayor del 5%, pero es menor del 1% en mujeres que se hacen el examen en su control prenatal, población considerada con conductas de bajo riesgo y que por lo tanto representan a la población general.

#### La infección por VIH en el contexto de las infecciones de transmisión sexual.

La revisión de las estadísticas del MINSa permite constatar que durante el período 2000-2004, el registro de las infecciones de transmisión sexual se incremento en número y tasa. Del conjunto de condiciones incluidas dentro de las ITS, el flujo vaginal representa el 57% de los casos diagnosticados en los establecimientos del 1er y 2do nivel de atención del MINSa. Este diagnóstico sindrómico tuvo un incremento del 88.7% durante el período 2000-2004. De otro lado, investigaciones realizadas en grupos vulnerables y en población general así como encuestas

<sup>11</sup> Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis año 2006. Informe del Seminario Taller Marzo 2006.

<sup>12</sup> Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis año 2006. Informe del Seminario Taller Marzo 2006.

<sup>13</sup> DGSP-MINSa. Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima, 2004

<sup>14</sup> Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: La experiencia peruana. Primera edición. 2006

<sup>15</sup> Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: La experiencia peruana. Primera edición. 2006

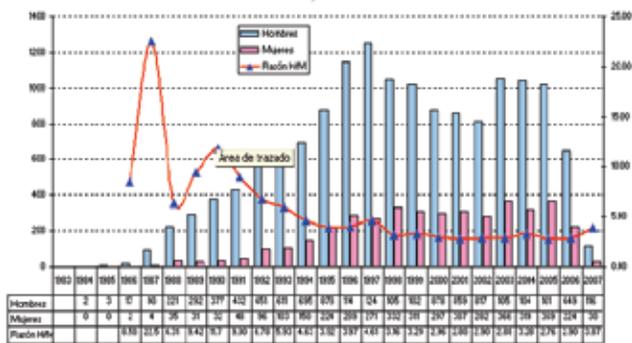


# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

poblacionales como las ENDES desarrollados en diversos momentos, indican cifras altas de ITS que configuran una situación alarmante. Dicha alarma se fundamenta en que el aumento de la prevalencia de ITS incrementa el riesgo de contraer la infección por VIH de dos a nueve veces. La alarma también se basa en la insuficiente respuesta institucional frente al problema, ya que mientras en el año 2000 se trataron<sup>15</sup> el 91% de los casos diagnosticados, en 2004 únicamente se pudo tratar el 77% de casos diagnosticados.

SIDA: RAZÓN HOMBRE/MUJER  
PERU, 1983-2007

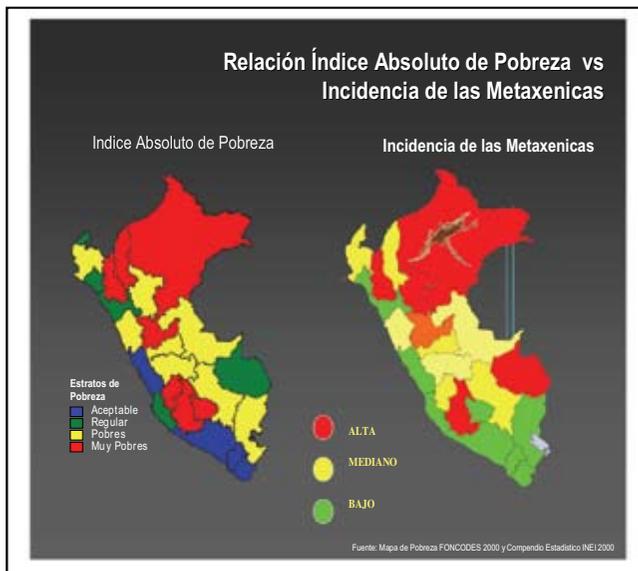


Fuente: DGE-MINSA

### Malaria

#### Situación actual:

La Malaria en el Perú, constituye un serio problema de Salud Pública por la gran proporción de la población que esta expuesta al riesgo de enfermarse, y que radica en las áreas de mayor pobreza y menos acceso a los servicios de salud; se suma a esto los múltiples condicionantes del riesgo dependientes de los efectos de la naturaleza, la población, el desarrollo de país, el vector y el parásito, algunas de ellas con casi inexistentes posibilidades de intervención.

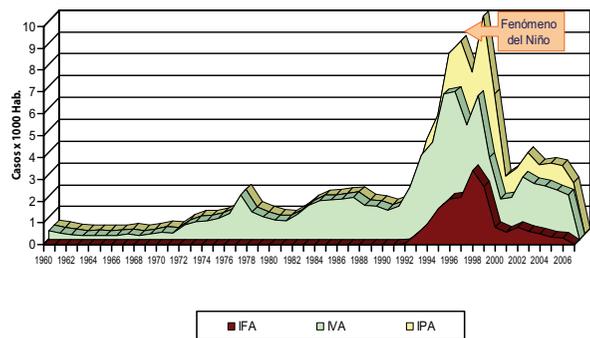


El análisis de la malaria a través de los años nos indica que todos los valles del país ubicados por debajo de 2,200 msnm. fueron áreas de transmisión de malaria, sin embargo los esfuerzos desarrollados por el Estado, redujo y focalizo el problema a pequeñas áreas de la costa norte, selva central y la amazonía oriental.

La evolución de este problema a consecuencia de los efectos de la naturaleza, las diferentes estrategias aplicadas y la priorización del problema en las agendas del gobierno llevo a la malaria a mostrarse como enfermedad re-emergente, luego de haberla reducido y mantenido bajo control; es a fines de la década de los 90's, se aprecia un incremento sostenido de la transmisión de malaria, problema que se intensifica como consecuencias de los efectos del Fenómeno del Niño. Sin embargo en los últimos 05 años se observa una estabilización con discreto descenso en la transmisión, reflejado en el número total de casos de malaria reportados a través de los años. Cabe mencionar que si bien se logra disminuir el numero de casos, existen condicionantes del riesgo que persisten y que la modificación y/o alteración de estos puede condicionar la modificación de las tendencias en forma negativa para el país.

En el Perú se reconoce principalmente dos especies de plasmodium que representan mas del 98% del total de casos notificados, malaria por plasmodium vivax y malaria por plasmodium falciparum, en la actualidad la especie plasmodial vivax es la predominante ya que malaria por plasmodium falciparum en el tiempo viene demostrando una drástica y sostenida disminución, focalizando en la amazonia - Loreto.

Indicadores Epidemiológicos de Malaria  
Tendencia. IPA, IVA, IFA  
Perú 1960 - 2005 - 2006



Fuente: Ministerio de Salud -DGSP. ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxenicis

Otras áreas contundidas corresponden a zonas de la selva alta y baja, jurisdicciones de las Regiones San Martín, Cajamarca, Cusco, Ayacucho, Junín, Madre de Dios, Amazonas y Ucayali. Particular atención merecen las DIRESAs Loreto y Madre de Dios, que presentan distritos con una alta frecuencia de presentación de casos, asumiendo que población focalizada soporta mas de un episodio de malaria en el año, la primera Región endémica para las dos especies de plasmodium prevalentes en el país y la segunda hasta la actualidad solo reporta malaria por plasmodium vivax.

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



Los esfuerzos del Estado ha mostrado resultados a la fecha con la reducción entre los años de 1998 al 2006 del orden del 70% (247,229/73829). Especial mención merece la tendencia observada en malaria por *P. falciparum* en donde la reducción alcanza hasta un 89.5% (84,061/8,797); observándose transmisión sólo en la amazonía, la costa norte actualmente reporta de forma muy esporádica; Consecuentemente con la reducción de los casos por la especie plasmodial *falciparum*, se ha evidenciado de forma progresiva y sostenida el decrecimiento de formas graves y por ende la mortalidad notificándose para el año 2006 una tasa de mortalidad por malaria de  $0,017 \times 100,000$  habitantes, que representa una disminución del orden del 90.35% (52/5).

En lo que va del 2007, al mes de Junio se ha reportado un total de 27,124 casos de malaria, de los cuales el 13.1% corresponden a la especie plasmodial *falciparum*; la región de Salud Loreto reporta el 71.5% del total del problema reportado en el país.

La situación mostrada a la fecha son la resultante de la aplicación e implementación de una estrategia de prevención y control cuyo propósito ha sido el de articular el esfuerzo multi-sectorial, gobiernos locales y población afectada, sin embargo como salud se logra intervenir directamente en:

1. Cambio de esquema de tratamiento para la especie plasmodial *falciparum*, implementación de terapia de combinación, esquema que hasta la fecha es 100% eficaz, aceptado por el prescriptor y de parte del paciente.
2. Capacitación al recurso humano, incluyendo hospitales y áreas de bajo riesgo.
3. Mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en general de las áreas endémicas y centros de referencia (Loreto y Piura) para el manejo de casos problema.
4. Ampliación de la Red de diagnóstico, mejorando el acceso de la población en riesgo a un diagnóstico oportuno y de calidad.
5. Implementación de Vigilancia de la Resistencia a los esquemas de tratamiento antimalarico.
6. Implementación de la Vigilancia de las RAM.
7. Fortalecimiento de la Red Comunitaria en las actividades de vigilancia y control.

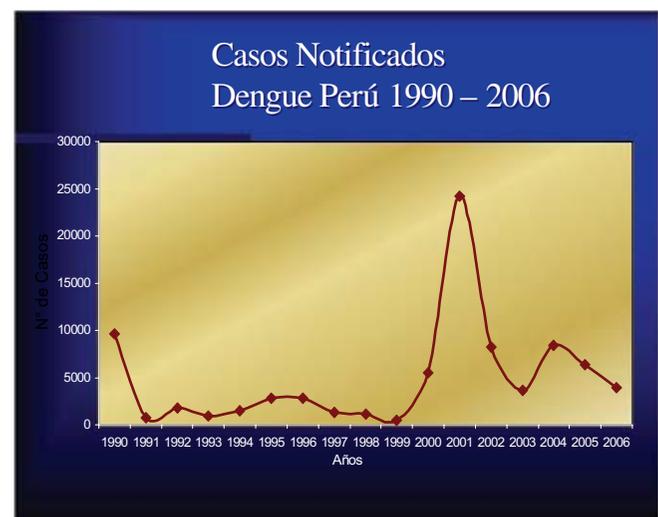
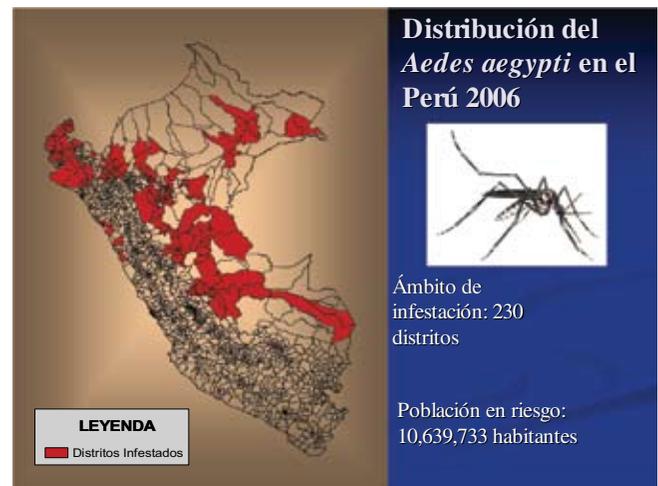
### Control de otras Enfermedades Transmisibles Regionales

#### Dengue

##### Situación actual:

El dengue es una enfermedad febril infecciosa de origen viral de presentación súbita, transmitida por el zancudo "*Aedes aegypti*", endémico en nuestro país, principalmente en los ámbitos de clima caluroso con insuficiente saneamiento básico (escasez de agua por redes las 24 horas del día). Luego de la reintroducción del *Aedes aegypti* alrededor de los años 90's, y manteniéndose áreas endémicas con transmisiones controladas, post los efectos del Fenómeno del Niño, nuestro país tuvo que soportar en el año 2001 el mayor brote de la historia del dengue en el país. Reportándose más de 24,000 casos de dengue en general y la notificación del primer brote de dengue hemorrágico a expensas de la circulación simultánea de más de dos serotipos dengue, afectando intensamente la región norte de país, principalmente la provincia de Luciano Castillo y Colonna y Talara.

La población en riesgo para el presente año alcanza alrededor de 10'639,733 habitantes ubicados en 230 distritos infestados, localizados en una extensión geográfica de 319,717 Km<sup>2</sup>, que representa el 25,5% de la extensión del país. Sin embargo, los esfuerzos del Estado dirigidos al control de la transmisión de dengue, muestran para el 2006 una situación de control, habiéndose notificado 4033 casos de dengue, con 04 casos de dengue hemorrágico, lo cual representa el 63% de lo notificado en el 2005, notándose una reducción del 37% de la transmisión del daño.



Cabe mencionar que el énfasis en la Estrategia de Prevención y Control debe centrarse en las acciones de Promoción de hábitos adecuados y participación comunitaria, comunicación social dirigida al cambio de hábitos y la práctica de conductas saludables en la población en riesgo, sin dejar de lado las acciones relacionadas con la vigilancia y control del vector *Aedes aegypti*, vigilancia de febriles e identificación de casos, la confirmación de circulación del virus dengue, organización de los servicios para la atención y seguimiento de casos, estos componentes son los pilares del Plan Nacional de Prevención y Control del dengue y dengue hemorrágico.



# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

### Leishmaniosis

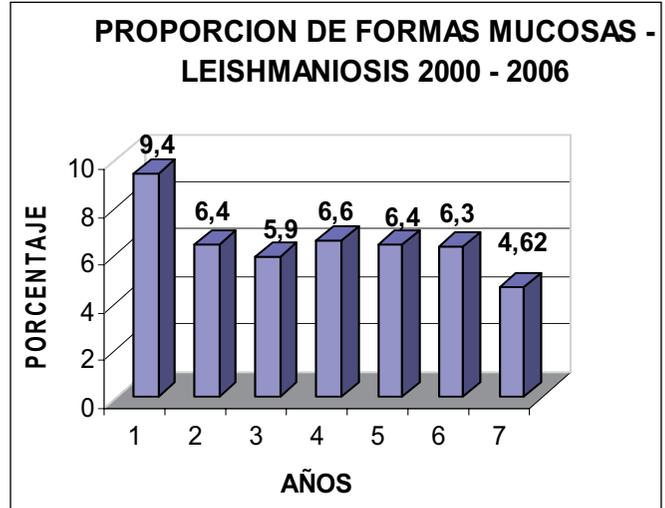
#### Situación actual:

Las Leishmaniosis en el Perú, constituyen una endemia que afecta ancestralmente a la población andina y selvática de nuestro país, considerada entre las zoonosis silvestres ocasionada por parásitos protozoarios del género *Leishmania* existentes en reservorios animales salvajes y transmitidas al hombre por vectores del género *Lutzomyia*.

La leishmaniosis (cutánea y mucocutánea) constituye un gran problema de salud pública por la discapacidad que produce en la población por los altos costos que representa a nivel psicológico, socio-cultural, y el impacto económico que ocasiona afectando a las poblaciones de menos recursos y limitado acceso a la atención de salud. En nuestro país la leishmaniosis es una enfermedad endémica en los andes valles interandinos, selva alta y baja. La proporción de formas mucosas se localiza en su gran mayoría en zonas de selva alta y baja.

Las áreas del país que reportan el mayor número de casos son Madre de Dios, Cusco, La Libertad, Cajamarca, San Martín, Amazonas, el promedio de casos notificados cada año esta en promedio entre 9,000 a 10,000 casos, de los cuales alrededor del 95% corresponden a la forma cutánea, la proporción mucosa se observa en decrecimiento.

En los últimos años la disponibilidad del tratamiento se encuentra asegurado, sin embargo el acceso geográfico y cultural se constituye en un problema aun por resolver, ya que la única forma de conseguir una cura efectiva y evitar complicaciones, incremento de las formas mucosas, es la administración del tratamiento supervisado y monitoreado por las posibles reacciones que podrían producirse. Ante esta evidencia, nuestro país



El esfuerzo del Estado a través del Ministerio de Salud y sus redes de servicios puede mostrar un decrecimiento en el número de casos notificados, es mas evidente aun en la proporción de la forma mucosa de las leishmaniosis. Cabe mencionar que el esfuerzo del Estado en la implementación de la Estrategia de Prevención y Control se centra básicamente en la detección precoz y la instalación del tratamiento, con un limitado accionar en el componente de reducción del vector, por la limitación presupuestal para el desarrollo de este componente, la escasa información científica del impacto del control del vector sobre la enfermedad y el limitado e insuficiente conocimiento y apropiación de la población sobre medidas protectoras.

Para el año 2006, se ha registrado 9,450 casos de leishmaniosis, con una tasa de morbilidad del 33.33 casos por cada 100,000 habitantes, observándose una sostenida disminución de la forma mucosa mutilante que para el presente año alcanza el 5%.

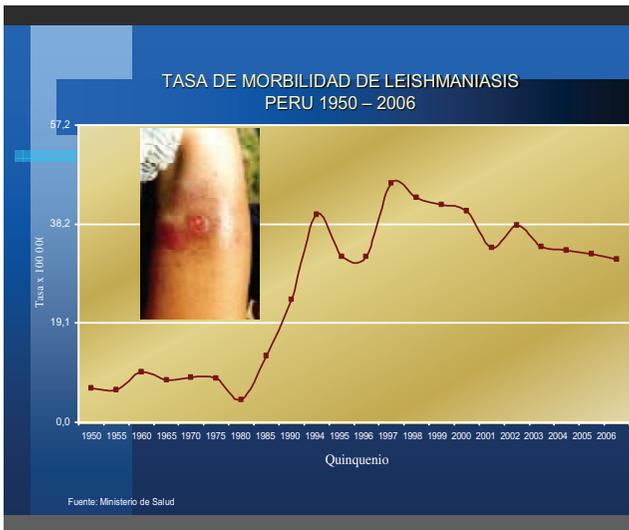
### Enfermedad de Chagas

#### Situación actual:

La enfermedad de Chagas es una enfermedad producida por *Trypanosoma cruzi* es un problema de salud pública que se agrava debido a la dispersión del vector, la migración de personas infectadas hacia regiones libres de infección y las condiciones socioeconómicas precarias.

La enfermedad de Chagas es endémica en la zona suroccidental del país, en los departamentos de Arequipa, Moquegua, Tacna, Ica, Ayacucho y Apurímac, donde existen alrededor de un millón de personas expuestas a la enfermedad, sin embargo, también se han reportado casos en la vertiente nor-oriental y centro-oriental de los Andes (Cajamarca, Amazonas, San Martín y Ucayali).

El *Triatoma infestans*, es el único vector comprometido con la enfermedad de Chagas en la macro región sur, conocido popularmente como chirimacha, el cual se encuentra disperso en el 9.0% de la superficie nacional (119,228.75 Km<sup>2</sup>). Alrededor de 600,000 habitantes residen en esta área de riesgo (2.0% de la población nacional) y se estima que 160,000 viviendas



se encuentra en busca de métodos de diagnóstico alternativos y en evaluación de nuevos fármacos cuya vía de administración mejore la adherencia, el tratamiento y facilite la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos por el personal no profesional y la participación de la comunidad "Promotores de Salud" en la administración del mismo.

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

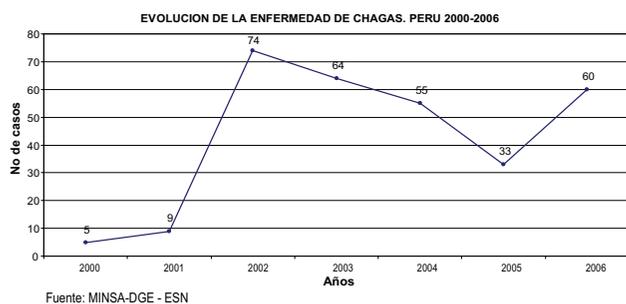


se encuentran infestadas por el vector. En el norte del país no existe el *Triatoma infestans*, pero otros vectores son importantes, como el: *Panstrongylus herreri*, *Rhodnius*, *T. dimidiata*, *T. carrioni*.

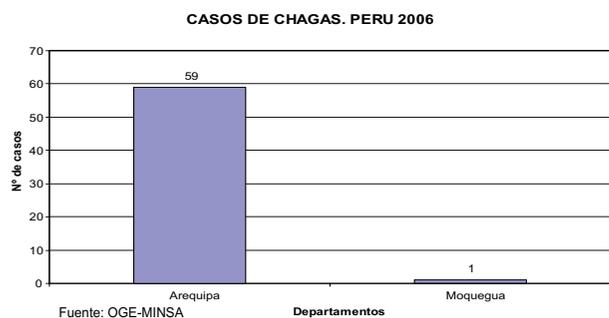
El grado de avance del Plan de Eliminación del *Triatoma infestans* e interrupción de la tripanosomiasis transfusional que se desarrolla en los departamentos del sur del país requieren de una mejor capacidad diagnóstica y fortalecimiento del manejo clínico terapéutico de las personas infectadas por *Trypanosoma cruzi* y las portadoras de síntomas. Ya otros países de la región, como Chile, han tenido éxito en la erradicación del vector.

Además, es importante la identificación de zonas nuevas de transmisión de Chagas, para poder iniciar las actividades de prevención y control tempranamente.

Diversos estudios de vigilancia serológica muestran índices de infección humana que varían entre 0.7 a 12% según distritos (3). En Arequipa en el año 1996 se encontró una prevalencia de infección por *T. cruzi* de 2.3% en el distrito de la Joya, 7.4% en Santa Isabel de Siguan, 1% en San Juan y Santa Rita de Siguan (5), en el distrito de Uchumayo 11.71%.



Actualmente, existe una adecuada cobertura de tamizaje de unidades sanguíneas a nivel nacional, lo cual se debe mantener para cortar la transmisión transfusional de Chagas. La tasa de infección en bancos de sangre fluctúa entre 3.0 y 12.0%. (3).



### Enfermedad de Bartonelosis

#### Situación actual:

La Bartonelosis es nuestra endémica, con poco estudio en sus diferentes aspectos y factores condicionantes: ecología, diagnóstico, tratamiento, e inclusive en la prevención y control. La Bartonelosis ha producido grandes brotes de larga duración

(varios años) y alta letalidad, que inclusive alcanzaba hasta el 91.7% en algunas zonas, además, han aparecido nuevas zonas de actividad epidémica.

Actualmente la Bartonelosis esta en franco descenso, esto por el esfuerzo del Ministerio de Salud, principalmente por las estrategias de prevención y control realizados. Estas medidas de control se han enfocado principalmente en la identificación y tratamiento de febriles en zonas hiperendémicas, que permite agotar los reservorios humanos y contener la transmisión, y, además del control vectorial, basado en el estudio del vector, identificando los meses donde empieza a incrementar su densidad. Las altas tasas de letalidad han caído significativamente hasta menos de 2%, esto por las actividades de capacitación del personal de salud en el manejo de los casos agudos, y el tratamiento temprano de febriles para evitar que el paciente se complique. Pero todavía en las zonas de reciente aparición la letalidad es alta esto porque el personal de salud no ha sido capacitado para el diagnóstico y el manejo de casos. Para paliar esta dificultad, se ha publicado la Norma Técnica de Salud N° 048, para la atención de la Bartonelosis, o Enfermedad de Carrion en el Perú. Cuya finalidad es mejorar la atención integral de los pacientes con Bartonelosis mediante la estandarización del diagnóstico, manejo clínico y esquemas terapéuticos de acuerdo a las actuales evidencias científicas disponibles e incorporando las experiencias nacionales.

Las zonas afectadas por la Bartonelosis son principalmente Ancash, Cajamarca, La Libertad y Amazonas.

En algunas zonas de Lima, también se han reportado casos, son zonas endémicas de hace muchos años.

Es probable la extensión a zonas donde no existe la enfermedad, debido a la alta migración de las zonas endémicas, y donde no se cuenta con experiencia en el diagnóstico de la Bartonelosis.

### Salud Mental

#### Situación actual:

En el enfoque de derechos, la persona humana se realiza plenamente al disfrutar de la salud física, mental y social, accede a oportunidades que permiten el desarrollo máximo de sus capacidades y es consciente de su rol como ciudadano. La salud mental constituye entonces un derecho humano fundamental. En este contexto, en el Perú, como en otras partes del mundo, se considera que aún no se ha logrado un nivel aceptable de salud mental.

No existe información epidemiológica completa acerca de la salud mental en el Perú, sin embargo, algunos indicadores disponibles ratifican las tendencias mundiales. Respecto a la Depresión y Ansiedad, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (INSM, 2002)<sup>16</sup> muestra una prevalencia de vida del 19% para depresión en general (14.5% para varones y 23.3% para mujeres). Sobre los trastornos de ansiedad, este mismo estudio muestra una prevalencia de vida de 25.3% (20.3% para varones y 30.1% para mujeres). La prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos en general en Lima Metropolitana y Callao es de 37.3%.

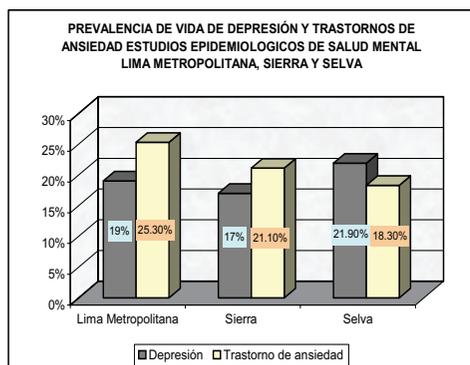
<sup>16</sup> INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. En: Anales de Salud Mental, Vol. XVIII, Nos. 1 y 2, 2002.



# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (INSM, 2003)<sup>17</sup> muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos del 17%, cifra similar a la ya mencionada, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13.3% y 20.5% respectivamente. La prevalencia anual es del 7.4%. La cifra mayor en prevalencia de vida son los trastornos de ansiedad con un 21.1%. Se observa más frecuente en las mujeres (25.3%) que en los varones (16.6%).



FUENTE: Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Lima Metropolitana (INSM 2002); Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Sierra Peruana (INSM 2003); Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Selva Peruana (INSM 2004)

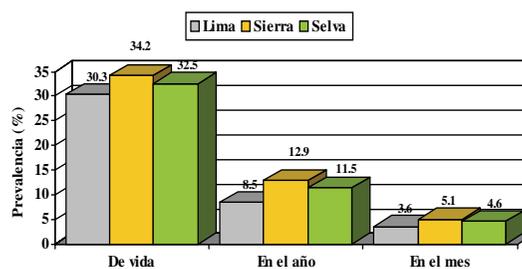
El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana (INSM, 2004)<sup>18</sup>, encontró que más de un tercio de la población de estas ciudades (39.3%), alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico. El estudio muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos en general del 21.9%, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13.5% y 29.2% respectivamente. Sobre los trastornos de ansiedad, este mismo estudio muestra una prevalencia del 18.3% (14.3% para varones y 21.8% para mujeres).

El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (Instituto de Medicina Legal, 2001), en una relación de 2:1 entre hombres y mujeres. En el último estudio publicado por el INSM (1998)<sup>19</sup> se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), psicopatológicos (17.6%), laboral-económico (2.2%), enfermedad física (0.8%). Tres cuartas partes de los suicidios están relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23.8% está asociado también, con abuso de alcohol y sustancias.

El estudio de carga de enfermedad del MINS<sup>20</sup> reporta cifras muy elevadas de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas. El ajuste de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA o AVAD) con datos nacionales de morbilidad<sup>21,22</sup> demostraron que la depresión se encuentra en el primer lugar de carga de enfermedad y produce 430,403 años de vida perdidos por discapacidad.

Según estos resultados, la carga de enfermedad por las enfermedades psiquiátricas es tan alta como la de países desarrollados y según las estimaciones realizadas se espera que estas enfermedades continuarán incrementándose<sup>23</sup>.

PREVALENCIA DE VIDA DEL DESEO DE MORIR EN ALGÚN MOMENTO LIMA METROPOLITANA, LA SIERRA Y LA SELVA



FUENTE: Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Lima Metropolitana (INSM 2002); Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Sierra Peruana (INSM 2003); Estudio Epidemiológico de Salud Mental-Selva Peruana (INSM 2004)

Consumo y abuso de sustancias. Según la Encuesta Nacional de Prevención y Uso de Drogas<sup>24</sup> los dependientes del consumo de drogas principalmente lo son de alcohol y tabaco, (10.1% y 8.1 % de la población encuestada, respectivamente), mientras que las dependencias a marihuana, pasta básica de cocaína, clorhidrato de cocaína, inhalantes y tranquilizantes, sumaron el 0.78%. Esta misma tendencia se mantiene según la encuesta nacional de DEVIDA (2002)<sup>25</sup>, la cual nos muestra que el 94.2% de personas encuestadas han consumido alcohol, un 68% ha consumido tabaco, un 5.8% ha consumido marihuana, pasta básica de cocaína (2.1%), clorhidrato de cocaína (1.8%), inhalantes (1%), tranquilizantes (6.5%). Si bien estos porcentajes no indican dependencia, si nos muestran la tendencia de consumo y preferencias de la población.

La prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia a alcohol en Lima se encontró en 5.3%, en la sierra fue de 10%, en la selva de 8.8% y 9% en fronteras. En la población de Ayacucho dicha prevalencia es del 15% en general y 27.8% en el caso de los varones. También se han encontrado prevalencias anuales importantes en Tumbes 14.3% y Puerto Maldonado 14.1%, seguidas por Iquitos 9.8% y Cajamarca 8%.

Las violencias son expresión dramática del conjunto de condiciones de vida inhumanas a que está sometida la población peruana (política, socioeconómica, familiar, de vínculos violentos o de abandono). En los estudios ya mencionados del INSM (2002), la prevalencia de tendencias violentas es del 30.2% de la población encuestada (entre 18 y 91 años). Asimismo, en la sierra peruana (2003), encontramos una prevalencia de vida de conductas violentas del 27.5%, incluyendo peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores, y en la Selva Peruana (2004), menciona una prevalencia de vida de tendencias violentas del 26.5%.

<sup>17</sup> INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. En: Anales de Salud Mental, Vol. XIX, Nos. 1 y 2, 2003.

<sup>18</sup> INSM "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. En Anales de Salud Mental, Vol XXI, Nos 1 y 2, 2005

<sup>19</sup> Vásquez, Freddy: Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. En: Anales de Salud Mental (1998) XIV: 65-76.

<sup>20</sup> MINS<sup>20</sup> (2006). Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - 2004. Lima: Ministerio de Salud, 41 p.

<sup>21</sup> Velásquez A. Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - MINS<sup>20</sup> 2004 y propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad, Proyecto PRAES-USAID, Lima 2006, 64 p.

Disponible en: <http://www.praes.org/docs-pdf/publica/4.pdf>, acceso 21 de Marzo 2007

<sup>22</sup> Cachay C (2007). Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del grupo de enfermedades psiquiátricas en el Perú. Lima: PRAES-USAID,

<sup>23</sup> Murray C, López A (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. The Lancet ; 349:1498-1504

<sup>24</sup> Contradrogas .Encuesta Nacional en Prevención y Uso de Drogas 1998 Lima

<sup>25</sup> DEVIDA. Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima, 2003.

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



En relación a la violencia contra la mujer la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2000), el 41% de las mujeres “alguna vez unidas” ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente; el 83% a veces y el 16% con frecuencia. En relación al maltrato psicológico, se han identificado situaciones de control (34%) “la ignora o es indiferente”; situaciones de agresión verbal (48%) “la grita cuando le habla” y amenazas (25%) “me tienes cansado, me voy de la casa”.

Según ENDES (2004), la forma más común de violencia reciente son los “empujones”, “sacudidas” o “le tiraron con algo”, informada por el 11% de las mujeres alguna vez unidas; y las abofeteadas o retorcidas de brazo (8%), situaciones que se observan especialmente entre las mujeres que residen en la Sierra, las que tienen educación secundaria y las de menor edad (15 -24 años). Según reportes del Instituto de Medicina Legal (2001), de todos los casos de delito contra la libertad sexual, 73% de las víctimas son mujeres de todas las edades; el 94% de hombres abusados son menores de 17 años. Del total de víctimas, el 9.7% tiene entre 0 y 5 años; el 27.5% entre 6 y 12 años; el 51.1% entre 13 y 17 años. Según estos datos, la infancia y adolescencia son los grupos más vulnerables a la violencia sexual, especialmente las niñas y las adolescentes. En el estudio global multicéntrico (2005)<sup>26</sup> se reporta que el 69% de las mujeres de las zonas rurales del Cusco y el 51% de las mujeres de Lima sufrieron alguna vez sufrieron violencia ya sea física o psicológica. De hecho, las mujeres rurales del Cusco son las que reportan la mayor prevalencia de vida del violencia física severa entre todos los sitios estudiados (Etiopía, Japón, Brasil, Tanzania, Bangladesh, Samoa, Tailandia, Namibia y Serbia -Montenegro), y las mujeres de Lima ocupan el tercer lugar. Este estudio de varios países muestra que la violencia contra la mujer en nuestro país constituye un problema de salud pública que requiere atención prioritaria. Se ha demostrado que las mujeres adultas con depresión y antecedente de abuso sexual en la infancia presenta un menor volumen en el hipocampo. Este fenómeno no se observa en mujeres, son depresión sin el antecedente de trauma sexual temprano<sup>27</sup>.

En relación al acceso a los Servicios de Salud Mental en Lima, del total de la población que reconoce haber padecido problemas de salud mental, el 24,5% accedió a los servicios de salud. Los aspectos que se encontraron relacionados a acceso fueron: la edad, el estado civil, la comunicación familiar, compromiso religioso y la pertenencia a un sistema de seguro. Los motivos que adujeron los informantes para no buscar atención fueron en orden de frecuencia: “lo debía superar solo” 59,4%, “no tenía dinero” 43,4%, “falta de confianza” 36,9%, “duda del manejo del problema por los médicos” 30,8% entre otros; se remarca la influencia de los factores culturales y en cierta medida económicos. El factor pobreza no es todavía un determinante del acceso a la atención de salud mental en Lima Metropolitana, pues priman los aspectos culturales. En el caso de la sierra y la selva peruana, el nivel de acceso a servicios por problemas de salud mental es significativamente menor al encontrado en Lima. Del total de la población que reconoce haber padecido un problema de salud mental, sólo el 13,9% y 14,3% de la sierra y la selva respectivamente accedió a servicios de salud. Al igual que en Lima la mayoría alude como motivo de no acceso el que “lo debería superar solo” (50,2%).

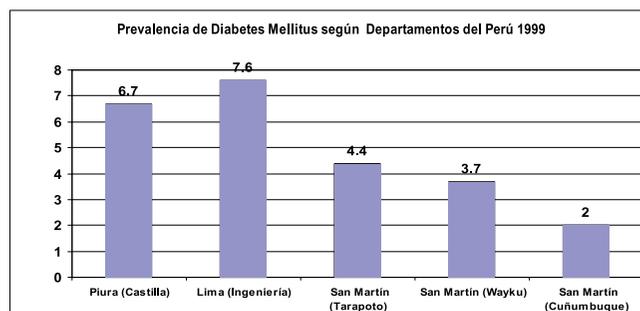
### Enfermedades Crónicas Degenerativas

#### Diabetes Mellitus

Situación actual:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada como un problema de Salud Pública. Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas<sup>28,29</sup>.

En el Perú se estima que la prevalencia de diabetes está alrededor de 1 al 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados<sup>30</sup>. Se sabe que en la actualidad la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados<sup>31</sup>. En relación a la mortalidad, la diabetes generó una tasa de mortalidad bruta para el 2002, de 11.5 x 100 habitantes<sup>32</sup>.



Fuente: Seclén S, Casella P, Pacheco y otros. Prevalencia de Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cardiovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú, 1999

La Diabetes es una patología muy compleja, debido a que genera complicaciones las cuales pueden ser enfermedades microvasculares (retinopatía, ceguera, neuropatía y falla renal) y enfermedades macrovasculares (Enfermedad coronaria, paro cardíaco, enfermedad vascular periférica, y más adelante amputación de la extremidad). Todas ellas con un alto componente discapacitante, reduce la calidad de vida y la expectativa de vida de quien la padece, impone una gran carga económica a los sistemas de salud y a las familias.

#### Hipertensión Arterial-HTA

Situación actual:

La hipertensión arterial, es la enfermedad más prevalente y prevenible que afecta entre el 20 al 50% de las personas adultas en los países desarrollados, es uno de los factores de riesgo más conocidos atribuidos al desarrollo de enfermedades cardiovasculares<sup>33</sup> y su prevalencia se incrementa con la edad, representando un problema de salud pública. En el Perú según un estudio

<sup>26</sup> World Health Organization. Summary report on prevalence, WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005

<sup>27</sup> Vithyalingam M, Heim C, Newport J. Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with depression. Am J Psychiatry 159: 2072-2080, 2000

<sup>28</sup> Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. Rev Med Per 1992; 64: 71-75.

<sup>29</sup> Arbañil H, Valdivia H, Pando R. La diabetes mellitus en el Hospital Dos de Mayo. Aspectos epidemiológicos. Rev Med Perú 1994; 66: 6-9

<sup>30</sup> Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. Rev. Med. Perú 1992; 64 (34) : 71-75

<sup>31</sup> Seclén S, Leely J, Villena A, Herrea B, Menacho J, Carrasco A. et al. Prevalencia de diabetes mellitus, HTA, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú. Acta Med. Perú. 1999. 17(1): 8-12

<sup>32</sup> MINSA- Dirección General de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud del Perú - 2005; p 56

<sup>33</sup> Macera C and staff of the Division of Nutrition and Physical Activity. Promoting Healthy Eating Physical Activity for Health Nation. Promising Practices in Chronic Disease Prevention and Control Chapter 7. Centers for Disease Control and Prevention. 2003

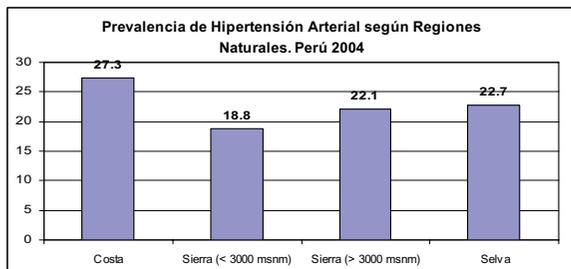


# ANEXOS

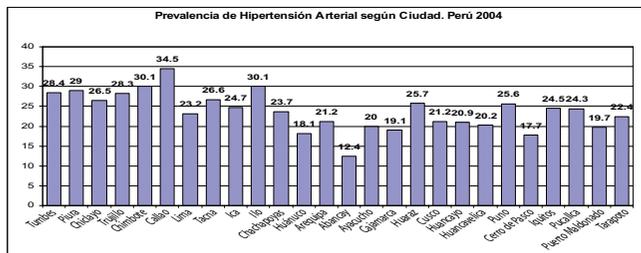
## Anexo I: Principales Problemas Sanitarios

realizado considerando las regiones naturales, se estimó que la mayor prevalencia de HTA se da en la costa (27.3%) y la sierra es la que presenta la menor afectación (18.8%), encontrándose mayor prevalencia en varones con 13.4% y 10.3% en mujeres.<sup>34</sup> En términos de mortalidad la HTA se registró una tasa de mortalidad de 16.62 por 100 habitantes en el año 2002<sup>35</sup>.

En el 2002 constituyó la 5<sup>a</sup> causa (5.5%) de consulta externa en la población adulta que acude a los establecimientos del MINSA y la primera causa (9.9%) de consulta externa en la población asegurada, con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Esto obliga a considerar seriamente cambios en estilos de vida (hábitos en actividad física y alimentación), así como el uso de terapia antihipertensiva en aquellos individuos en quienes es necesario prevenir serias complicaciones sobre órganos vitales.



Fuente: Agustí. R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú, 2006



Fuente: Agustí. R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú, 2004

### Cardiopatía Isquémica y Accidente Cerebro Vascular

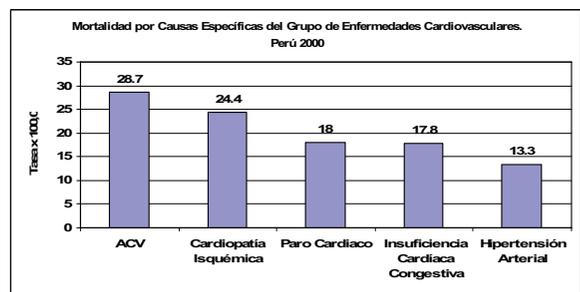
#### Situación actual:

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en países desarrollados y constituyen un importante problema de salud pública. En nuestro país las enfermedades cardiovasculares han significado la 4ta causa de mortalidad a nivel nacional<sup>36</sup> y en la población asegurada significan la segunda causa de mortalidad en el año 2005. El impacto de este grupo de enfermedades no solo reside en el número de muertes que genera, sino que es una de las principales causas de discapacidad y hospitalización.

Este grupo de enfermedades responde a la interacción de factores de riesgo tales como el tabaquismo, sedentarismo, dietas no saludables, por lo que requieren un enfrentamiento que considere la promoción, el diagnóstico precoz, tratamiento y

rehabilitación de los pacientes, especialmente cuando se ha comprobado que tanto el cambio en estilos de vida como la tecnología médica contribuyen a la reducción de la mortalidad.

Las estrategias de salud pública se orientan al control de los factores de riesgo modificables, especialmente conductuales y en el control de las enfermedades que de acuerdo al conocimiento actual, inciden en el mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Asimismo se debe garantizar el acceso de la población a intervenciones sanitarias destinadas a mejorar la supervivencia y la discapacidad asociada a este grupo de enfermedades.

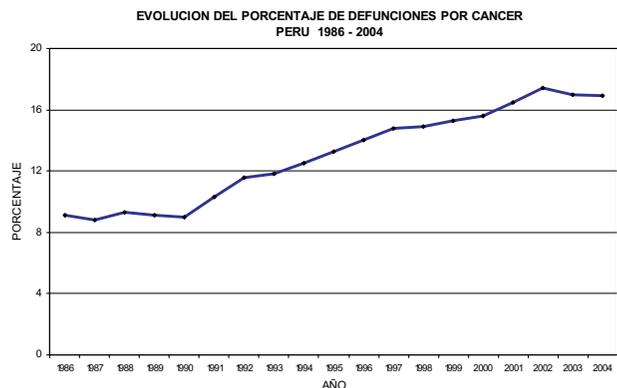


Fuente: DGE-MINSA. Análisis de Situación de Salud 2002

### Mortalidad por cáncer

#### Situación actual:

La importancia del cáncer como problema de salud pública en el Perú va en aumento sostenido, lo cual se evidencia en el incremento del porcentaje de muertes por esta causa en la mortalidad general. A mediados de la década de los ochenta el cáncer era responsable de entre 8% y 9% del total de muertes; a medida que han transcurrido los años esta proporción ha ido en aumento, hasta llegar en el año 2004 (último año que se tiene referencia) al nivel de 16,9%<sup>37</sup>.



Fuente: La Priorización del Cáncer en el Perú. OGE-MINSA, 2001 Base de Datos de Mortalidad 2004. OGE-MINSA.

En el Perú existen tres Registros de Cáncer de base poblacional funcionando en la actualidad: en Lima Metropolitana<sup>38</sup>, Trujillo<sup>39</sup> y Arequipa<sup>40</sup>, los cuales permiten conocer que los tipos

<sup>34</sup> MINSA. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Chile 2002: 69-81

<sup>35</sup> Gaziano T, Reedy S, Paccaud F, Horton S and Vivek Chaturvedi. Disease Control Priorities in Developing Countries- Diabetes . The pandemic and potential solutions Chapter 30, 2006. The World Bank and Oxford University Press. P 591-605

<sup>36</sup> MINSA/DGE. Análisis de Situación de Salud del Perú. Lima: 71/73

<sup>37</sup> DGE-MINSA. Base de datos de Mortalidad 2004.

<sup>38</sup> Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 1994-1997

<sup>39</sup> Registro de Cáncer Poblacional de Trujillo, 1992-1995

<sup>40</sup> Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, 2002-2003

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



de cáncer más frecuentes en nuestro país son, en las mujeres, el cáncer de cuello uterino, el cáncer de mama y el cáncer de estómago; mientras que en los hombres lo son el cáncer de estómago, el cáncer de próstata y el cáncer de pulmón.

El análisis de las tendencias en la incidencia del cáncer en Lima Metropolitana nos muestra que en el caso de las mujeres, el cáncer de cuello uterino ha tenido una baja sostenida desde 1970 hasta 1997, mientras que el cáncer de mama se ha incrementado, llegando a niveles de 32.3 casos por cada 100 mil mujeres. El cáncer de estómago también tiene una tendencia a la disminución, aunque el último reporte indica un leve incremento. El cáncer de pulmón, aunque menor en su nivel de incidencia, advierte un incremento de casi el 100% en el período estudiado.

En el caso del hombre, el cáncer de estómago, que era la principal causa a inicios de los setenta, ha ido disminuyendo progresivamente hasta ser desplazado por el cáncer de próstata, que ahora ocupa el primer lugar en incidencia. El cáncer de pulmón presenta una ligera tendencia a la disminución.

El problema del cáncer en el Perú está siguiendo los mismos patrones observados en otros países del mundo en desarrollo, correlacionado con el incremento de estilos de vida occidentales en los patrones del comportamiento reproductivo, la dieta y la actividad física<sup>41</sup>, y otros hábitos nocivos como el tabaquismo y el alcoholismo.

En setiembre del año 2005 se formó la Coalición Perú contra el Cáncer, como un esfuerzo conjunto instituciones públicas y privadas que están involucradas en el control del cáncer (MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Sector privado, Sociedades Científicas, Municipios). En febrero del 2006 se publicó el Plan Estratégico 2006-2016<sup>42</sup> en el que se señalan claramente las metas que se quieren alcanzar en el mediano y largo plazo.

En enero del presente año se han presentado los lineamientos de un Programa Nacional de Control del Cáncer, en el documento "Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú" (Aprobado por RM 030-2007/MINSA)<sup>43</sup>.

En la actualidad se viene descentralizando la atención oncológica se han creado los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas del Norte y del Sur, en Trujillo y Arequipa respectivamente.

### Cáncer de Mama

#### Situación actual:

En la actualidad el cáncer de mama es la primera causa de incidencia de cáncer en las mujeres del mundo, en el año 2000 se estimó que ocurrieron un millón cincuenta mil casos de cáncer de mama invasivo en todo el mundo: 579 mil en los países desarrollados y 471 mil en países en desarrollo. Los riesgos varían de acuerdo a regiones y países, la tasa de incidencia estandarizada mundial es de 35.7 por 100,000 mujeres, la tasa más alta corresponde a la Unión Europea con 105, EEUU con 91 y en América del Sur, con 45<sup>44</sup>.

Las cifras para América Latina nos indican que ocurren cerca 70,000 casos y mueren 30,000 mujeres por esta enfermedad, según estimaciones de la OMS para el año 2001.

En el Perú las tasas de incidencia estandarizadas que se conocen son 32.3 por 100,000 mujeres para el área de Lima Metropolitana (1994-1997) y 30.0 por 100,000 mujeres para la ciudad de Trujillo (1991-1995). El estudio realizado para la provincia de Arequipa coloca al cáncer de mama como la primera causa de cáncer entre las mujeres, con una tasa de incidencia estandarizada de 35.8 por 100,000.

En todos estos estudios se observa que las mujeres entre 50 y 65 años son las más afectadas, sin embargo también se presentan casos en los grupos más jóvenes.

El INEN recibe cada año cerca de 1,000 pacientes con cáncer de mama. La presentación en estadios avanzados todavía es frecuente en nuestro medio: estadios III y IV representan el 48.3% mientras que estadios I y II equivalen al 50.8%, y solamente el 0.83% de todos los casos son Carcinoma in situ. Mientras que en Estados Unidos por lo menos el 15% son carcinoma in situ y 74.1% son de estadios I y II. En EsSalud el panorama es diferente, en esta población el cáncer de mama se diagnostica en estadios precoces: 20 a 25% en estadios iniciales y 10 a 15% de estadios avanzados<sup>45</sup>.

Con la extensión del uso de la mamografía cada vez es más frecuente encontrar lesiones no palpables e inclusive carcinomas in situ. El cáncer invasivo de mama, a su vez, es un grupo de tumores malignos epiteliales caracterizados por invasión de tejidos adyacentes, con marcada tendencia a producir metástasis a lugares distantes. El cáncer de mama muestra un amplio rango de tipos histológicos específicos y fenotipos morfológicos con características clínicas y pronósticas particulares. Las posibilidades de curación y sobrevida dependen del estadio, si está menos avanzado mayor es la posibilidad de curación.

La mamografía es el método de tamizaje recomendado, debiendo ser realizado en todas las mujeres a partir de los 40 años de edad. Si la paciente es hermana, hija o prima (por el lado materno) de una paciente con cáncer de mama, el tamizaje debe iniciarse a los 30 o 35 años de edad.

Como la mamografía todavía es inaccesible a muchos sectores del país, se ha de recomendar medidas preventivas, educación para el autoexamen de mamas y facilidades para examen clínico anual. La educación también incluye informar a las mujeres si se encuentran en los grupos de alto riesgo.

### Cáncer de Cuello Uterino

#### Situación actual:

Aproximadamente el 80% de los casos cáncer de cervix ocurren en los países en desarrollo. Es la neoplasia maligna más prevenible y curable en todo el mundo. El éxito en la reducción de las tasas de incidencia y de mortalidad recae en un adecuado y eficaz programa de tamizaje y tratamiento de lesiones pre-malignas.

<sup>41</sup> Disease Control Priorities in Developing Countries. Chapter 29. Health Service Interventions for Cancer Control in Developing Countries. OMS, 2005.

<sup>42</sup> Plan Estratégico 2006-2016. Coalición Perú contra el Cáncer.

<sup>43</sup> Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú. Coalición Perú contra el Cáncer. MINSA.

<sup>44</sup> Protocolo de Manejo Multidisciplinario de Cáncer de Mama. INEN. 2005.

<sup>45</sup> EsSalud. Jornadas de Actualización en Cáncer, 2005. (no publicado).



## ANEXOS

### Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

La Historia Natural de esta enfermedad nos indica que el tamizaje debe enfocarse en una población de mujeres de mayor riesgo, de 30 a 49 años. Las poblaciones rurales y urbano marginales han sido menos favorecidas por programas de tamizaje.

El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar de incidencia entre las neoplasias malignas en las mujeres peruanas, convirtiéndolo en un problema de salud pública. De acuerdo a estimados internacionales<sup>46</sup>, para el año 2002 en todo el Perú habían ocurrido 5,400 casos de cáncer de cuello uterino y 2,663 mujeres habrían fallecido por esta causa. Las tasas de incidencia estandarizada en Lima y Trujillo son 23.5 y 52.4 casos por 100,000 mujeres por año respectivamente. Los resultados definitivos del Registro de Cáncer Poblacional de la Ciudad de Arequipa establecen una tasa de 35.2 por 100,000. De acuerdo a los informes de mortalidad del Ministerio de Salud, en el año 2000, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres peruanas, precedida sólo por el cáncer de estómago<sup>47</sup>.

El INEN, recibe en promedio 1,250 casos por año (período de estudio 1997-2001). La presentación por estadios es: IV = 5.3%; III = 43.4%; II = 42.4%; y I = 8.9%. Es decir que 9 de cada 10 pacientes llegan en estadios avanzados, con pocas probabilidades de tratamiento curativo.

El análisis de las tendencias demuestra un claro descenso en Lima Metropolitana desde 1970 hasta 1997, lo que se comprueba con el mayor nivel de cobertura de papanicolaou en esta zona del país<sup>48</sup>.

En la actualidad no se cuenta con datos completos sobre el tamizaje de esta enfermedad desconociéndose el impacto, la cobertura, los resultados y el tratamiento brindado cuando las pacientes resultaron con lesiones positivas.

Las actividades de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou tienen un marco normativo vigente desde 1998, ahora se encuentra en revisión. Allí se propone que si los resultados son normales, el control debe hacerse cada 3 años.

La relación entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino es conocida entre los profesionales de la salud de nuestro medio.

#### Cáncer de Próstata

##### Situación actual:

Actualmente el cáncer de próstata es el más frecuente en el hombre de sociedades occidentales. Entre 1985 y 1992 la incidencia fue en aumento, hasta que en 1992 se llegó a registrar el pico de esta tendencia con una tasa de incidencia estandarizada de 190 casos por 100,000 hombres en EEUU, al mismo tiempo se logró mejorar en las tasas de supervivencia a los 5 años: a principios de 1980 era de 70% y al final de los años noventa se llegó a 90% de sobrevida. Luego de 1992 la tasa de incidencia ha empezado a disminuir en EEUU.

Es una enfermedad heterogénea, algunos tumores son muy pequeños, bien diferenciados, confinados a la próstata y algunos

de éstos pueden ser indolentes. Pero otros son de mayor tamaño o de alto grado de malignidad o más extensos. Su crecimiento es relativamente lento: su tiempo de duplicación promedia los 2 - 4 años. Evidencia histológica de cáncer de próstata puede encontrarse en 30-40% de los varones mayores de 50 años, pero solo en 1 de 4 la enfermedad será clínicamente evidente, y en 1 de 14 comprobadamente letal. El riesgo de metástasis a 10 años es de 19% para los bien diferenciados, 42% para los moderadamente diferenciados y de 74% para los pobremente diferenciados. La mortalidad a 10 años fue de 66% para los pobremente diferenciados y 13% para los bien diferenciados.

Para un hombre de 50 años de edad el riesgo proyectado de desarrollar en su vida evidencia histológica de cáncer de próstata es 42%; el riesgo de evidencia clínica es de 9.5%, y el riesgo de morir por la enfermedad, de 2.9%. El factor de riesgo más importante es la edad, y tanto que se ha estimado que más de 70% de los varones de más de 80 años de edad tienen neoplasia microscópica en la próstata.

Entre los factores de riesgo tenemos: la edad, el poblador anciano, es el que está en mayor riesgo de tener cáncer de próstata. La historia familiar, un hombre con un padre, hermano o hijo que tuvieron cáncer de próstata, es dos a tres veces más probable que desarrolle esta enfermedad él mismo. Raza: el cáncer de próstata es más frecuente en algunas razas o grupos étnicos mientras que en otros no. Pero los expertos no saben el por qué. El cáncer de próstata es más frecuente entre los hombres Afro americanos que entre los hombres blancos. Es menos frecuente entre hispanos, asiáticos, y hombres americanos nativos<sup>49</sup>.

La detección precoz se realiza mediante el tacto rectal, la medición de PSA y la ecografía trans rectal, o mediante la combinación de estas pruebas.

#### Cáncer de Pulmón

##### Situación actual

El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en los hombres en los EEUU. El hábito de fumar cigarrillos es el factor causal más importante, los trabajadores de asbesto y de las minas de uranio también tienen mayor incidencia de cáncer de pulmón<sup>50</sup>.

El cáncer epidermoide fue la variedad histológica más frecuente por mucho tiempo. Pero recientemente el adenocarcinoma viene presentando un incremento en la incidencia que no se había observado antes y que es responsable del incremento global del cáncer de pulmón. Actualmente el adenocarcinoma representa 40% de los casos de cáncer de pulmón en EEUU.

La sobrevida en cáncer de pulmón es muy pobre, pues el cáncer cursa asintomático hasta que ha alcanzado un volumen que compromete vasos sanguíneos y nervios o comprime las vías respiratorias, ocasionando los primeros síntomas y los denominados Síndromes Para Neoplásicos. En este momento, generalmente ya hay metástasis a ganglios linfáticos regionales. Otra forma de presentación es el derrame pleural, cuando hay metástasis a la pleura.

<sup>46</sup> Globocan 2002. En [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr) accesado el 14 de diciembre de 2006.

<sup>47</sup> La Priorización del Cáncer en el Perú. OGE-MINSA, 2001

<sup>48</sup> Oficina de Epidemiología del INEN, 2005. Análisis de la Encuesta ENDES 2004.

<sup>49</sup> Bostwick DG et al. Human prostate cancer risk factors. *Cancer* 2004;101(10 Suppl):2371-2490.

<sup>50</sup> Solidoro A. Apuntes de Cancerología. CONCYTEC, Lima. 2005.

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



### Tabaco y Cáncer de Pulmón

#### Situación actual:

La estrecha relación causal entre el hábito de fumar y el cáncer ha sido establecida en múltiples estudios epidemiológicos y ensayos de laboratorio. El humo del tabaco tiene más de 4,000 compuestos químicos, y en ese universo de partículas se han identificado más de 40 agentes carcinogénicos de las familias de los hidrocarburos aromáticos, nitrosaminas, hidrocarburos heterocíclicos y benceno; y minerales como el níquel y el cadmio. La nicotina ha sido identificada como el agente adictivo del tabaco<sup>51</sup>.

El riesgo está directamente relacionado al número de cigarrillos fumados, fumar más de 25 cigarrillos por día incrementa por 25 el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. Pero la relación es mayor con la duración del hábito: fumar 1 paquete por día por 40 años es 8 veces más riesgoso que fumar 2 paquetes por día por 20 años<sup>52</sup>.

Está en marcha el cumplimiento del Convenio Marco Mundial para el control del tabaquismo, que incluye medidas legislativas coordinadas internacionalmente y el Perú forma parte de este convenio.

#### Mortalidad por Accidentes

#### Situación actual:

Las tasas de muertes debidas a lesiones para todas las edades, es 3 a 5 veces mayor en los países en vías de desarrollo en relación a los países desarrollados, desterrándose de esta manera la creencia de que la mayor tecnología implica mayor riesgo de lesión<sup>53</sup>.

Realmente los traumatismos y las lesiones no son "accidentales", Tienen causas y factores de riesgo propios. No conocemos las personas, el momento exacto en que pueden ocurrir, pero podemos identificar, los lugares, personas, tiempo y circunstancias de mayor riesgo. Por ejemplo, las personas con ingesta de alcohol sufren más lesiones que las personas sobrias; la probabilidad de consecuencias mortales de un accidente de motocicleta es directamente proporcional a la velocidad utilizada y el no uso de casco del conductor y/o su acompañante; el uso de cinturón de seguridad en buen estado, reduce la probabilidad de morir y la severidad de la discapacidad por lesiones en accidentes de transporte<sup>54</sup>.

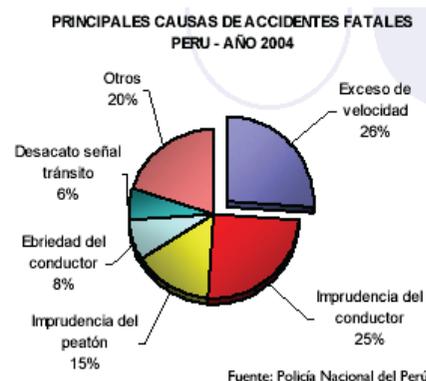
En el Perú; como producto de las condiciones socioeconómicas, el incremento del parque automotor y el desarrollo exponencial del transporte público de las últimas décadas, sin sistematización del control y revisión técnica pertinente que aseguren condiciones de eficiencia y seguridad al usuario, la crónicamente deficitaria educación vial de peatones y transportistas; se ha incrementado el riesgo de ocurrencia de accidentes de tránsito a nivel nacional, convirtiéndose en una prioridad sanitaria nacional.

Entre 1990 y el 2000 se registraron 692 848 accidentes de tránsito, los cuales ocasionaron la muerte de 31,555 personas y lesiones a 210 313 personas. Los datos de la División de Estadística de la Policía Nacional señalan que cada 24 horas, mueren alrededor de 10 personas debido a estos daños<sup>55</sup>.

Según esta cifra, a nivel de la región, el Perú es uno de los países con la tasa de mortalidad más alta por accidentes de tránsito. Tenemos 10,5 como tasa de mortalidad por 10 000 habitantes y a los accidentes les corresponde un 3,7% en la participación como causa de mortalidad general.

Por lugar de ocurrencia, las pistas y carreteras del departamento de Lima y la provincia constitucional del Callao fueron escenarios del 69.9% de los accidentes ocurridos a nivel nacional. Le siguen, Cuzco y La Libertad.

Dentro de las causas consignadas para los accidentes de tránsito fatales; el exceso de velocidad, la imprudencia del conductor y la imprudencia del peatón representan en conjunto el 66% de las mismas.



42% de los accidentes fatales ocurren en las horas de menor circulación de vehículos y peatones. Los viernes y sábados son los días con mayor riesgo porque congregan el 35.1% de los accidentes de tránsito.

En el siguiente gráfico se puede observar que 87% de los accidente de tránsito son Atropello ( 61%) y Choque ( 26%).



<sup>51</sup> OMS. Programas Nacionales de Control del Cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington DC: OPS, 2004.

<sup>52</sup> Op. cit. en 36

<sup>53</sup> Jenkins, David : Capítulo 11: Lesiones y Violencia. : "Mejoremos la salud a todas las edades. Un Manual para el cambio de comportamiento" Publicación Científica y Técnica N° 590. Organización Panamericana de Salud. 2005

<sup>54</sup> Glizer, Isaac : "Prevención de accidentes y lesiones: Conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo" Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 29. Organización Panamericana de Salud 1993.

<sup>55</sup> Ministerio de Salud. Plan General "Estrategia Sanitaria Nacional de Accidentes de Tránsito", Lima, 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ogdn/esp/pdf/Plan%20General%20Accidentes%20de%20Tránsito.pdf>. Acceso 26 Octubre 2006.



# ANEXOS

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios

En un estudio realizado en Lima por el Centro de Investigación y Asesoría para el Transporte Terrestre (CIDATT) revela que la antigüedad de las unidades de transporte se considera como un factor importante para la ocurrencia de accidentes. Las estadísticas de muertes registradas por accidentes de tránsito indican que el 59.8% de los fallecidos fueron afectados por traumatismos de la cabeza y el 21.6% por traumatismos en múltiples regiones del cuerpo. Con el primer grupo se asocian un 25.8% de peatones y el 18.9% de ocupantes de automóvil<sup>56</sup>.

### Discapacidad

Situación actual:

Aproximaciones de la OMS, refiere que en países en vía de desarrollo como el nuestro, las personas con discapacidad representan el 10% de la población total, según el estudio "Prevalencia de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía en el Perú", realizado por el INR en el año 1993, se determinó que el 31.28% de la población tiene algún grado de discapacidad (estudio realizado con exámen clínico); los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares "Perfil Socio Demográfico de la Población con Discapacidad 2005" realizado en Lima Metropolitana, por el CONADIS en asocio con el INEI, menciona una prevalencia del 5.7% de discapacidad.

El concepto de discapacidad que se ha usado para la encuesta y para este perfil demográfico de población con discapacidad se basa en el documento aprobado por la Organización Mundial de la Salud: Clasificador Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF).

De las 457 550 personas con discapacidad, 258 654 declaran sólo tener una discapacidad. Las limitaciones más comunes son la motriz y de destreza y la visual, contabilizando 170 899 casos (casi un 40% del total de personas con discapacidad). Quienes tienen otro tipo de limitación llegan a 87 775, es decir menos de 20%. Finalmente, el grueso de la población discapacitada presenta dos o más limitaciones, con alrededor de 200 mil personas.

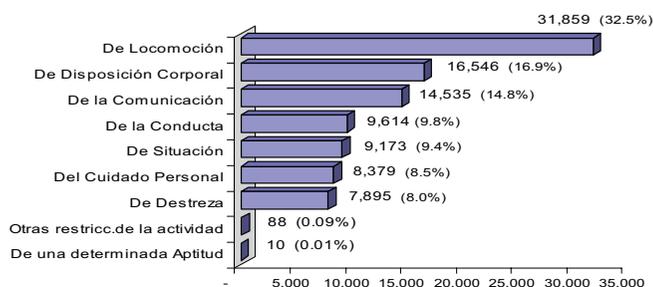
En cuanto a la causa de la discapacidad adquirida, en primera instancia sobresalen la enfermedad (28%), los accidentes (18%) y la edad avanzada (16%). A excepción de violencia familiar y terrorista (3%) y negligencia médica (2%), las demás causas no llegan al uno por ciento. Por otra parte, es importante el porcentaje de casos que declara que ignora su origen (16%), lo cual pone de manifiesto las reales dificultades de su identificación. Finalmente, se puede indicar que el 17% de las personas nacieron con la limitación que padecen.

Respecto al acceso a los servicios de salud en Lima Metropolitana y Callao la mayor parte de personas con discapacidad no cuenta con seguro de salud 62%, mientras que solo el 38% declara contar con un seguro. Si analizamos según grupos de edades podemos indicar el 80% de las personas con discapacidad de 15 a 29 años no cuenta con seguro de salud, el 70% de 30 a 64 de igual forma, el 60% de 0 a 14 años mientras que solo un 46% de personas de 65 a más años no cuenta con seguro de salud.

Nota: Es de señalar que el Sistema HIS MIS del Ministerio de Salud no cuenta con el total de la información de otros sub sectores.

<sup>56</sup> Boletín Oficina General de Estadística e Informática .MINSA Volumen 4: 09 Noviembre 2005.

TIPOS DE DISCAPACIDAD



Fuente: HIS-DIS 2004

Total: 98,099 Discapacidades

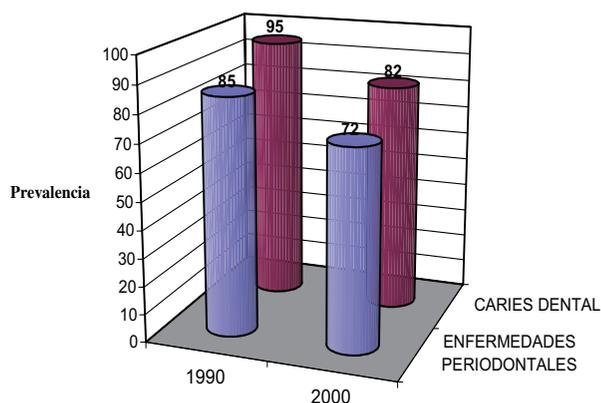
### Salud Bucal

Situación actual

En nuestro país las enfermedades bucales constituyen un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal.

El estudio del año 1990, se encontró una prevalencia de enfermedad periodontal del 85%, y una prevalencia de caries dental del 95%. Mientras que el estudio del año 2000, encontró un 82% de caries dental en niños de 12 años y 72% de prevalencia de enfermedad periodontal en gestantes.

Gráfico 1. Prevalencia de caries dental en niños de 12 años y enfermedad periodontal en gestantes- Perú, 1990 - 2000



Fuente: PSB MINSA - 2000

Según estudios realizados por el Programa Nacional de Salud Bucal en los años 1990 - 2000 sobre prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal, se encontró que el índice de caries, piezas perdidas y piezas obturadas (CPOD) en niños de 12 años en 1990 era de 7 y en el año 2000 de 5.8. Asimismo,

## Anexo 1: Principales Problemas Sanitarios



el año 2000, el CPOD de gestantes era 8.5. Lo cual significaba que cada niño a la edad de 12 años tenía un promedio de 6 piezas con historia de caries dental y las gestantes un promedio de 9 piezas dentales.

Según el estudio epidemiológico de línea basal realizado en los años 2001-2002 en la población de 6 a 15 años, la prevalencia de Caries Dental fue de 90.93%; el promedio de Índice CPOD/ceod fue de 5,84 y el CPOD a la edad de 12 años fue de 3.7 Asimismo, el porcentaje de paciente con caries dental se estima en un 95% y en gestantes es del 98% según diversos estudios referenciales.

Según el estudio basal del 2001 - 2002, la prevalencia de fluorosis a nivel nacional fue de 10,08%. Según este mismo estudio, Ancash es el departamento que tiene menor prevalencia de caries dental con un 76.6% y Ayacucho tiene la mayor prevalencia con un 99.92%. Asimismo, Ancash es el departamento que tiene mayor prevalencia de fluorosis a nivel nacional.

Según otros estudios referenciales, se estima que la prevalencia actual de mal oclusiones es del 80%. Cabe resaltar que existen otras patologías importantes que afectan la cavidad bucal, como es el caso del el Cáncer Bucal, Alteraciones del Desarrollo, Infecciones maxilares, entre otras, de las cuales no se tienen estudios basales ni datos estadísticos, que nos servirían de base para tomar importantes decisiones sanitarias.







## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud



# ANEXOS

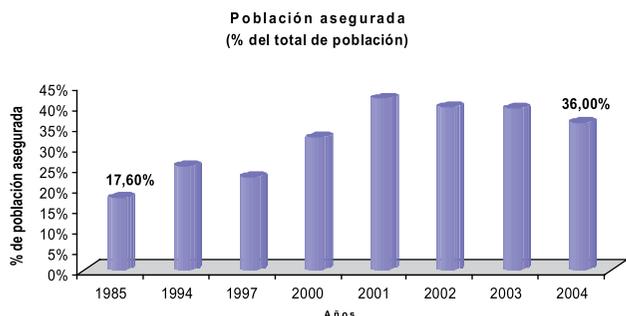
## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud

### Aseguramiento Universal

#### Situación actual

Un porcentaje significativo de la población en el Perú se encuentra totalmente desprotegida ante eventos de enfermedad, poniendo en riesgo no sólo el estado de salud de los individuos sino también la estabilidad financiera de los hogares. Así, se observa que 64% de la población no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro, público o privado, explicado básicamente por los bajos niveles de empleo en el país que limitan el acceso a la seguridad social, así como por los bajos niveles de ingreso de la población que les impide tomar coberturas bajo mecanismos de aseguramiento contributivos. Sólo el 35% de la población en situación de pobreza cuenta con alguna cobertura de seguros.

Cabe señalar que, si bien el nivel de aseguramiento es aún bajo, este ha mostrado un crecimiento importante en los últimos de 10 años, debido a la creación del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil, integrados en el año 2002 con el Seguro Integral de Salud, los que han permitido financiar la atención de salud de las madres gestantes, niños y adolescentes de menores recursos.



Fuente: 1985-2000, Encuesta de Niveles de Vida (ENNIV); 2001-2004, Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG), INEI

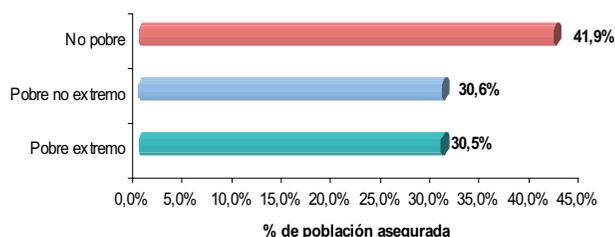
Pese al rol que ha jugado el Seguro Integral de Salud (SIS) para reducir la barrera de acceso económico a los servicios de salud de las poblaciones de menores recursos, este es aún insuficiente, ya que esta institución enfrenta restricciones presupuestales y su financiamiento está limitado a grupos específicos. Asimismo no se han desarrollado eficientemente los mecanismos de focalización y no hay una difusión de sus beneficios en la población marginal. Como consecuencia de ello, sólo el 30% de la población en situación de pobreza se encuentra asegurada.

Por otro lado, llama a la reflexión la existencia de un porcentaje significativo de la población de mayores recursos (60%), mayoritariamente independientes, que no cuenta con cobertura de seguros, y que se atiende de manera subsidiada en los establecimientos públicos de salud. Esta situación estaría generando problemas de ineficiencias en la asignación de recursos y una discriminación negativa e inversa, puesto que los recursos escasos del sector público se están orientando a financiar el acceso a la salud de poblaciones con mayor poder adquisitivo.

A su vez, la principal fuente de financiamiento es el gasto de bolsillo de las familias (equivalente al 37% del gasto total en salud), lo cual representa una estructura inadecuada. Esta situación, estaría generando que un porcentaje elevado de la población no esté protegida frente a los riesgos financieros que implica un evento de enfermedad, hallándose expuesta a una disminución de los niveles de bienestar. Al respecto, cabe señalar que en el 2004, 900 mil hogares (aproximadamente el 20% de los hogares) enfrentaron eventos de enfermedad que

comprometieron la situación financiera de estos hogares, ya que implicaron gastos en salud por encima del 30% del ingreso disponible, los cuales, fueron financiados vía una disminución del ahorro o patrimonio familiar, endeudamiento, entre otros.

**Población asegurada por nivel socioeconómico  
(% de la población del segmento)**



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, 2004 (INEI)

Las limitaciones del sistema de salud para cumplir adecuadamente sus funciones de financiamiento, sustentó la inclusión del aseguramiento universal como eje prioritario de reforma en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, suscrito en marzo del 2006 por 16 representantes de las principales agrupaciones políticas del país. En respuesta a este compromiso, se han formulado diversas iniciativas o propuestas legislativas referidas a la Universalización de la Seguridad Social en Salud.

En general, las propuestas legislativas coinciden en reconocer que para alcanzar la universalización del aseguramiento en salud se va a requerir nuevos arreglos organizacionales así como recursos financieros adicionales, por lo que su implementación deberá ser progresiva. Asimismo, en la medida que la política de aseguramiento universal está en directa relación con el ejercicio efectivo de los derechos en salud, se requiere de un proceso de validación social que le de viabilidad.

### Descentralización

#### Situación actual:

El Perú desde el año 2002 inicio un nuevo proceso de descentralización a través de la promulgación de tres dispositivos legales que orientan de manera clara el proceso de descentralización del estado, estos son la Ley de bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades, el objetivo de este proceso es fundamentalmente hacer un estado al servicio de los ciudadanos y que los servicios que presta este sean cada vez mas eficaces, eficientes y equitativos a través del ejercicio del Gobierno en los Niveles Nacional, Regional y Local.

El Ministerio de Salud (MINS) a través de un proceso de concertación con los Gobiernos Regionales elaboro el Plan de Transferencia de Funciones de Mediano Plazo a Gobiernos Regionales en diciembre del año 2004. Esta propuesta fue también aprobada por el Consejo Nacional de Descentralización (CND) en marzo del año 2005 y es la que orientó el proceso durante los años 2005 y 2006. El Decreto Supremo 068-2006-PCM, del 12 de octubre del 2006, establece que todas las transferencias de competencias y funciones deberán concluir el 31 de diciembre del 2007, por lo que se requiere adaptar el proceso de mediano plazo al corto plazo señalado a través de un nuevo Reglamento de la Ley de Acreditación.

## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud



FUNCIONES Y FACULTADES EN SALUD TRANSFERIDAS AÑO 2005 Y POR TRANSFERIR AÑO 2007

Art. 49º LOGR	Funciones	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
a)	Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.	2		1			3
b)	Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.	7		6			13
c)	Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.	3		8			11
d)	Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, de conformidad con la legislación vigente	1					1
e)	Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.	1		4			5
f)	Organizar los niveles de Atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región en coordinación con los Gobiernos Locales	3		2			5
g)	Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.	2		7			9
h)	Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados	1		2			3
i)	Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.	0		7			7
j)	Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.	3		8			11
k)	Promover y preservar la salud ambiental de la región.	3		11			14
l)	Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.	0		8			8
m)	Poner a disposición de la población información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud	6		3			9
n)	Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.	4		17			21
o)	Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria	1		3			4
p)	Ejecutar en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.	0		1			1
Totales		37		88			125

El cuadro muestra que en el año 2005 se transfirieron a los Gobiernos Regionales 13 funciones y 37 facultades, quedando entonces para el año 2007, 15 funciones y 88 facultades a transferir.

El Gobierno actual emitió el Decreto Supremo 077-2006-PCM del 31 de octubre del 2006, donde se establece que a partir de enero del 2007, se inicia la Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a los Gobiernos Locales, a través de Proyectos Piloto a ejecutarse en todos los Departamentos del país y la Provincia Constitucional del Callao. El MINSa ha completado la normatividad respecto a este proceso mediante la Resolución Ministerial N° 1204-2006-MINSa, que define la gestión de la Atención Primaria de Salud; y la Resolución Ministerial 366-2007-MINSa, que aprueba el Documento Técnico desarrollo de la función salud en los gobiernos locales.

De igual manera el Gobierno actual ha emitido el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM que aprueba las políticas prioritarias en materia de descentralización las cuales especifican de manera clara que constituyen políticas de cumplimiento obligatorio en materia de descentralización asegurar la pronta y adecuada transferencia de las competencias, funciones y recursos a los Gobiernos Regionales y Locales, respetando los principios de subsidio, gradualidad, complementación y neutralidad entre los niveles de Gobierno Nacional, Regional y Local.

Las principales actividades que estarán presentes en el futuro inmediato en la descentralización en salud serán de un lado, la culminación del proceso de transferencia de funciones a los Gobiernos Regionales hasta el 31 de diciembre del 2007; y de otro lado, el inicio de la transferencia de la gestión de la atención primaria de salud a los Gobiernos Locales. Ambos procesos

exigen impulsar el desarrollo de capacidades para el adecuado ejercicio de las funciones que se transfieren, así como un rediseño organizacional en el nivel nacional, regional y local, en beneficio de servicios de salud más equitativos, eficientes y de calidad para la población peruana.

### Mejora de la Oferta y Calidad de los Servicios

#### Situación actual:

#### Disponibilidad de Servicios de Salud

El sistema de salud peruano es fragmentado, como resultado del surgimiento de múltiples subsistemas de salud a lo largo del siglo pasado Ministerio de Salud, Seguro Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de las Fuerzas Policiales, Beneficencia Pública y Servicios Privados, donde cada uno tiene como responsabilidad la atención de un determinado grupo social, con funciones competitivas y facultades para formular su propia política sanitaria, determinando una excesiva concentración de recursos en zonas urbanas, pero con una insuficiencia de recursos y baja productividad en zonas rurales, donde existe una falta de acceso a servicios de salud para la población.

El modelo de atención definido por el sector público hasta 1970 fue el hospitalario, determinando un crecimiento sectorial desde 17,515 camas hospitalarias en 1950 hasta 26,625 en 1964, manteniéndose prácticamente sin variación hasta 30,016 en 1996 (ver Cuadro N° 1). En 1964 estos recursos estaban concentrados en Lima y Callao (51% de las camas) y las 6 principales ciudades del país<sup>57</sup> (70% de las camas). Esta situación se relacionaba con la concentración de los recursos humanos (médicos generales y especialistas, enfermeras, obstetricas,

<sup>57</sup> Lima, Callao, Arequipa, Trujillo, Chiclayo y Piura.



# ANEXOS

## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud

psicólogos, odontólogos, etc.) en estos lugares. En las últimas dos décadas se ha incrementado el número de camas en establecimientos del sector en el primer nivel (6,095 camas en centros y 3,850 en puestos de salud en 1996), principalmente en el MINSA (4,435 y 3,618 respectivamente) y menos en EsSalud (423 y 13 respectivamente) y la sanidad de FFAA y FFPP (445 y 145 respectivamente).<sup>58</sup> Sin embargo, en 1996 el grado de uso de las camas en el sector era muy bajo (38.4%) y tan sólo Lima, Callao y Lambayeque tenían valores cercanos al 50%, aunque EsSalud presentaba un mayor uso de las camas (82%, que se ha incrementado en el año 2000 llegando a 87%).

**Cuadro N° 1: Evolución de la infraestructura hospitalaria en el sector salud**

Año	MINSA y Beneficencias		Seguro Social		Fuerzas Armadas		No Público		Total		Camas/1,000 hab.
	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	Hosp.	Camas	
1950									170	17,515	2.29
1955									179	18,648	2.15
1960									207	23,729	2.40
1964	110	17,294	16	3,681	9	2,056	109	3,594	244	26,625	2.39
1972	120	18,794	18	3,991	12	2,267	168	5,550	318	28,550	2.05
1980	126	16,502	18	4,512	13	2,098	173	5,596	330	28,708	1.66
1996	136	16,279	71	5,435	20	1,947	235	6,355	462	30,016	1.25
2000	132		77	6,780						6,800	
2006											

Fuente: Varillas, A. Y Mostajo, P.: La situación poblacional peruana. INANDEP. Lima, 1990.  
1996: MINSA: II Censo Sanitario, 1996.  
2000: MINSA/Oficina General de Estadística e Informática y ESSALUD / Subgerencia de Análisis Estadístico.

Desde 1970 el MINSA se planteó extender la cobertura de servicios, basándose en servicios primarios, estrategia impulsada posteriormente por la Organización Mundial de la Salud con la meta "Salud para todos en el año 2 000" y la estrategia de Atención Primaria de Salud. Ésta se dio principalmente en los servicios del MINSA, ampliándose de 213 centros de salud y 177 puestos de salud existentes en 1960, a 1,169 centros y 5,316 puestos en el 2001. Estos servicios se desarrollaron en un entorno de marginación política, económica y cultural de la población rural; por esta razón, los servicios de salud eran entendidos como atención de salud de menor calidad para poblaciones marginadas. Por otro lado, desde 1964 la infraestructura hospitalaria se ha mantenido prácticamente sin variación. Asimismo, los servicios de EsSalud no han tenido el mismo crecimiento.

El crecimiento de centros y puestos fue armónico durante las décadas del 70 y 80, debido a que obedecían a una planificación técnica y centralizada. Sin embargo, en la zona rural siempre existieron serios problemas de escasez de recursos humanos profesionales, debido a su concentración en Lima y las grandes ciudades del país y a la falta de asignación de plazas debido a que ello no constituía ninguna prioridad política ni presupuestal. En la década del 90 hubo una importante expansión de los servicios primarios (debido a inversión en infraestructura por FONCODES y algunos proyectos del MINSA, así como de la dotación de personal por parte del Programa de Salud Básica para Todos) sin embargo, no está organizada en función de las necesidades y la cultura de la población; tiene además un marcado sesgo recuperativo, orientado al control de los daños y no a la atención de las personas.

A manera de conclusión, se puede afirmar que existe escasez, mala distribución, obsolescencia, deficiente mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura y el equipamiento de salud. En términos generales, existen limitaciones importantes en los hospitales de referencia regionales en cuanto a la capacidad resolutive necesaria para solucionar los problemas de mayor complejidad.

<sup>58</sup> MINSA: II Censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud, 1996.

En América Latina el número de camas por mil habitantes es variable. En el cuadro N° 2 se muestran los ratios de los países de América Latina desde los años 2001 al 2004.

**Cuadro N° 2.- Camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes**

Países	2001	2002	2003	2004
Argentina	2.0	2.0	2.0	2.0
Bolivia	1.3	1.4	1.4	1.5
Brasil	...	2.6	...	...
Chile	2.6	2.5	2.5	2.4
Ecuador	1.7	...	...	...
Méjico <sup>(a)</sup>	0.8	0.7	0.7	0.7
Panamá	2.5	2.5	2.4	2.4
Paraguay <sup>(b)</sup>	1.1	1.1	1.1	1.1
Perú	1.6	1.6	1.6	1.5
Uruguay	1.8	...	...	1.8
Venezuela <sup>(c)</sup>	0.8	...	0.9	0.9

Fuente: CEPAL, Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2005  
a.- sólo camas de establecimientos gubernamentales  
b.- no incluye camas del sector privado  
c.- sólo camas funcionales

### Análisis de la Oferta de Servicios de Salud

El crecimiento en la demanda asistencial y la limitación en la oferta de servicios han generado un proceso de racionalización de recursos que ha llevado a la configuración de formas de planificación, organización y estructura como:

- La red de servicios de salud (hospitales, centros y puestos de salud) entendida como un sistema compuesto por centros asistenciales de diferente nivel de complejidad de atención, con mecanismos de interacción definidos, donde el principio de complementariedad regula las relaciones.
- La clasificación por niveles de atención (Categorización o Acreditación), que constituye una herramienta fundamental para la conformación de la red de oferta de servicios, donde se emplean criterios como las características de la población usuaria, áreas de cobertura, morbilidad, tipo de servicios con que cuenta el establecimiento de salud, recurso humano disponible, seguridad, características del mantenimiento, entre otras.
- Los sistemas de referencia y contra-referencia, son entendidos como el conjunto de normas, protocolos y procedimientos ordenados a fin de orientar la atención y remisión de pacientes de los niveles inferiores de la organización de los servicios de salud hacia los niveles superiores o viceversa. Este aspecto pretende racionalizar al máximo los recursos disponibles bajo parámetros de eficiencia, efectividad y oportuna atención de la salud.
- El crecimiento inorgánico y desordenado de algunos establecimientos en los que, con el propósito de aumentar la capacidad resolutive, se amplía la planta física y se equipa sin considerar restricciones propias en relación con suministro de insumos básicos, vías de circulación y vulnerabilidad del establecimiento.

## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud



- La construcción, equipamiento y dotación de personal así como el presupuesto de operación y mantenimiento de nuevos establecimientos, están relacionados con la información epidemiológica, morbilidad, mortalidad y en general con el diagnóstico de salud de la región. Esta información debe confrontarse con la capacidad de ofrecer servicios de salud obteniendo una relación demanda/oferta.

Para mejorar la oferta en infraestructura y equipamiento es importante contar con establecimientos categorizados por externos a las DIRESA, sin embargo, la categorización debe ser regulada y conducida por el MINSA. También se debe determinar la brecha de oferta de servicios de salud para conocer las necesidades reales de inversión y elaborar un plan maestro de largo plazo.

### Aspectos Organizacionales

En los servicios públicos existe una inadecuada organización y una burocratización excesiva de las redes de servicios de salud. En las distintas unidades desconcentradas no están claramente diferenciadas las funciones y no se aplican economías de escala para la administración de los recursos existentes. Todavía es muy limitada la organización de establecimientos de salud en redes y microrredes de salud, con problemas en el desarrollo de los arreglos administrativos. En términos generales, los establecimientos siguen funcionando aisladamente. Asimismo, la organización de los niveles de complejidad de los establecimientos y sus jurisdicciones también presenta importantes limitaciones.

### Aspectos Normativos

Las normas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud todavía carecen de un enfoque de red y no se han adecuado aún al modelo de atención integral. Esto también es aplicable a las correspondientes inversiones, en donde prima un enfoque de funcionamiento aislado de los establecimientos.

En este marco, la presente ficha técnica sólo está focalizada en optimizar la oferta en infraestructura y equipamiento en las regiones así como la articulación de las redes de salud, todo ello dentro del actual proceso de descentralización que se desarrolla en el país.

### Calidad de Servicios de Salud

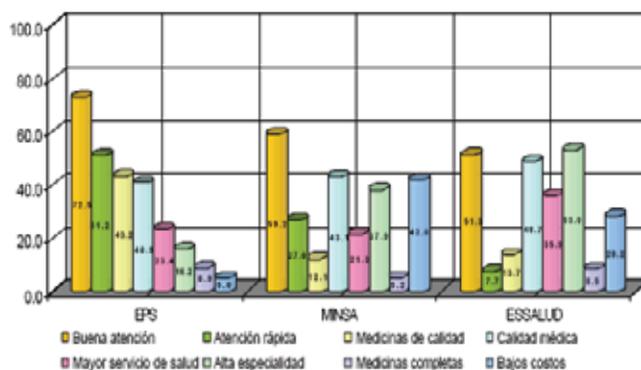
En el Perú, aunque se han producido avances en el marco legal, en la acreditación de establecimientos y recursos humanos, la regulación del sector privado, la elaboración de guías de atención, auditoría médica y en evaluación de la satisfacción de los usuarios, todavía no es posible evaluar el impacto en este campo porque aún no está estructurado un Sistema Nacional de Garantía de Calidad<sup>59</sup>. En Agosto del 2001 el Ministerio de Salud inició el proceso de construcción de un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

La calidad de atención es una de las líneas de acción sanitarias más fuertemente impulsadas por las reformas de los sistemas de salud. Como parte de un proyecto de mejora continua de la calidad en 2,500 establecimientos de salud, unido a una acreditación de servicios materno-infantiles de 90 hospitales y cabezas de redes en el país, se ha demostrado que al mejorar la calidad de atención<sup>60</sup> se promueve una mayor utilización de los servicios<sup>61</sup> y un mejor estado de salud de los usuarios y la población en general, lo que se tradujo en una mejora en los indicadores de mortalidad materna de 25% en 3 años<sup>62</sup>, incremento del parto institucional, entre otros logros<sup>63</sup>. También se ha encontrado una relación directa entre calidad y la organización de los servicios de salud<sup>64</sup>.

El concepto de competitividad emerge como el elemento decisivo en el posicionamiento de los prestadores de servicios. Esto lleva a que la prestación de servicios sociales gire, de una concepción basada en la oferta, a una basada en la preferencia de los usuarios<sup>65</sup>. Preferencia que no se reduce sólo al aspecto de costos, sino también a la accesibilidad, confianza, seguridad, gama de servicios, infraestructura, talento humano y calidez con que son ofrecidos los servicios; lo que se sintetiza, en la calidad de los servicios que se presta. De allí que la razón de ser de las organizaciones prestadoras de servicios que conforman el sistema de salud es la satisfacción de los usuarios, sin descuidar la calidad de los servicios ofertados.

A nivel nacional, existe una diferencia importante entre los usuarios de las EPS y los usuarios del MINSA y EsSalud respecto a los beneficios que percibieron haber recibido comparado con otro plan de salud. Existe un elevado porcentaje de usuarios de las EPS (84.9%) que recibió "más beneficios"; a su vez los usuarios del MINSA (56.2%) y EsSalud (59.7%) en una gran mayoría no utilizaron otro Plan de Salud.

MAYORES BENEFICIOS QUE RECIBIÓ UD. DE SU SISTEMA DE SALUD



Fuente: Consorcio UNI/CVDC. Medición de la expectativa y percepción de los usuarios del sistema de EPS a nivel nacional, 2005

En el estudio nacional de satisfacción de usuarios de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) (2005)<sup>66</sup> ocho de cada diez usuarios han recibido más beneficios al asegurarse a una EPS en comparación con los recibidos por EsSalud, sobretodo la "buena atención", "atención rápida" y "medicinas de calidad". Los menores beneficios recibidos al afiliarse a la EPS en comparación a lo recibido en EsSalud están los "costos

<sup>59</sup> Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud del Perú. 2001

<sup>60</sup> Mc Question M, Velásquez A. Evaluating Program Effects on Institutional Delivery in Peru. Health Policy 2006; 77:221-232

<sup>61</sup> VELÁSQUEZ A., Benavides B. Impact evaluation of the quality services of maternal health on the institutional delivery in Peru. Technical Document, Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo/Universidad Cayetano Heredia/Bill & Melinda Gates Foundation Johns Hopkins University, Lima, 2004, 36 pages

<sup>62</sup> Lanata CF, Espino S, Butrón B. Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú. Lima: Instituto de Investigación Nutricional, 2002: 915 pag

<sup>63</sup> Parvez M. Utilization of rural basic health services in Pakistan: report of evaluation study. Alexandria: WHO; 1994

<sup>64</sup> Seclén J, Jacobi E, Benavides B, Novara J, Velásquez A, et al. Effects of a continuous quality improvement program in maternal and perinatal health services in Peru: the experience of Project 2000. Rev. Bra Saúde Matern. Infant. , Recife 2003; 3(4):421-438.

<sup>65</sup> Consorcio UNI/CVDC. Medición de la expectativa y percepción de los usuarios del sistema de EPS a nivel nacional, 2005. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud

<sup>66</sup> Consorcio UNI/CVDC. Op. Cit.



## ANEXOS

### Anexo 2:

## Principales Problemas del Sistema de Salud

altos”, “las medicinas incompletas” y “menor servicio de salud”. El mayor beneficio reconocido por los asegurados de EPS, del Seguro Particular y de MINSA es la “buena atención”. El porcentaje más alto es el que corresponde a los usuarios de las EPS con 72,9% y el más bajo es el de los usuarios del MINSA con 59,2%. En EsSalud el mayor beneficio considerado por los encuestados es “alta especialidad”.

El Ministerio de Salud realizó la medición del desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) en el año 2006 y determinó que las funciones referidas a la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva alcanzó un nivel de desempeño medio superior (59%). Los resultados de este estudio muestran, en general, avances en materia de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, revelando los esfuerzos de la ASN en impulsar una política de mejora continua de la calidad, la definición de estándares, el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad en los niveles regionales y locales así como la asistencia técnica correspondiente. Asimismo, se ha observado que si bien se desarrollan importantes iniciativas orientadas a medir la satisfacción del usuario externo, deben promoverse aquellas que permitan medir la actitud del personal de salud, clima y desarrollo de la cultura organizacional.

Las debilidades están relacionadas al sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud, especialmente en la disponibilidad de evidencias de costo-efectividad de las intervenciones sanitarias. Entre las intervenciones de mejora, se propone implementar un sistema de mejoramiento continuo de la calidad, al interior de cada centro de salud, redes, microrredes y hospitales, que cubra las siguientes áreas de calidad: a) conformar equipos multidisciplinarios a cargo de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, utilizando la problematización de la práctica como herramienta principal para elaborar en forma participativa planes de mejoramiento; b) el uso de datos para la toma de decisiones, que incluya el uso de sistemas de información disponibles; c) estandarizar la práctica, priorizando las patologías más prevalentes en cada establecimiento-red; d) el asegurar la disponibilidad de equipos, insumos y medicamentos considerados esenciales para el manejo de las principales patologías; e) promover la satisfacción del usuario externo, en un proceso que incluya adecuados niveles de información y educación de los usuarios promoviendo la evaluación de la satisfacción de los usuarios externos de manera permanente y fomentar los procesos de intercambio de experiencias entre regiones y el nivel nacional; y f) promover la satisfacción del usuario interno, con intervenciones que mejoren el clima laboral y premien el desempeño promoviendo la evaluación de la satisfacción de los usuarios internos de manera permanente y fomentar los procesos de intercambio de experiencias entre regiones y el nivel nacional. Estos procesos de mejora continua se deben unir a un sistema de supervisión y acreditación externa a los establecimientos, que evalúe criterios de calidad en cada una de las áreas descritas, con niveles sucesivos de calidad adaptados a los niveles de complejidad de los servicios.

### Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED)

En 1998, se instalaron las primeras intervenciones focalizadas en las poblaciones dispersas ubicadas en las márgenes de las cuencas de los ríos Huallaga Central y Alto Biavo en San Martín y en las cuencas de los ríos Ene y Tambo en Junín. El objetivo

fue brindar atención de salud en la comunidad a cargo de un equipo integrado por personal técnico y profesional, articulándose a los recursos de la oferta de servicios de salud locales preexistentes. En ese período, el Programa Salud Básica para Todos (PSBPT) elaboró la propuesta que fundamentó estas intervenciones.

Durante 1999 y teniendo como base los resultados de estos pilotos, la experiencia se extendió a 16 Direcciones de Salud. Durante el año 2000, se prestó especial atención a la organización, desarrollo y sistematización de la experiencia, reforzando las líneas de monitoreo y supervisión que permita ejercer un control efectivo del desarrollo y cumplimiento de los lineamientos adoptados y la identificación de las tareas críticas de mejoramiento del acceso y la cobertura de los servicios de salud así como contribuir al bienestar de la población más pobre, rural y dispersas en zonas inaccesibles del país.

En el año 2001, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) consolida y operativiza el trabajo de los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES) como una unidad prestadora de servicios de salud itinerante; parte de la estrategia para mejorar el acceso, la cobertura de los servicios de salud y el bienestar de la población de los sectores más pobres. Los ELITES se organizaron bajo criterios estandarizados y su instalación fue progresiva e integral en el nivel de las redes o micro-redes de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las Direcciones de Salud. Se buscó que su desempeño sea pertinente, relevante y sostenible. El equipo estaba conformado por médico, enfermera, obstetrix, odontólogo, técnico en enfermería, técnico de laboratorio contando con el soporte de un motorista/chofer. De ellos, uno era personal nombrado con experiencia en el trabajo extramural, control de brotes y conocedor de la zona intervenida. Permaneciendo 21 días en la zona, utilizaban 5 días para la elaboración y envío del informe de intervención.

A diciembre del 2004, se habían incorporado a 152,946 nuevos usuarios a un costo promedio de S/30.00 (nuevos soles), con una prestación de 2.15 atenciones y S/14.00 (nuevos soles) por atención realizada.

El año 2006 se incrementa el número de equipos AISPED a 124, contando con tres fuentes de financiamiento: 46 equipos financiados con Recursos Ordinarios, 48 equipos Programa JUNTOS, y 30 por el Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA).

### Recursos Humanos

Situación actual:

El Recurso Humano en Salud (RHUS) es una persona que tiene un potencial que debe ser desarrollado en su máxima expresión para poder brindar los servicios en las mejores condiciones, en cualquier punto del país a través de servicios de salud públicos o privados, con los enfoques de derechos humanos en salud, interculturalidad, género y desarrollo humano.

La gestión de los RHUS se caracteriza por estar enmarcada en un contexto cambiante donde influyen tres procesos sociales sustantivos:

- La formación de los recursos humanos,
- El trabajo en salud y
- La provisión de los servicios personales y no personales.

## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud



La gestión de los recursos humanos debe conciliar:

- Las necesidades y demandas de la población,
- Los requerimientos de los servicios de salud y
- Las necesidades y demandas del personal de salud.

EL Sistema Nacional de Salud está compuesto por cuatro grandes empleadores: Ministerio de Salud (MINSa), Seguridad Social (EsSalud), Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Fuerzas Armadas y Policía Nacional. Cada uno de ellos está destinado a la atención de una parte de la población que forman en su conjunto al total de la población del Perú. El total de trabajadores de la salud en el Perú es de 150,287, esta cifra incluye al personal administrativo del MINSa y EsSalud. Con esta premisa el sub-sector que ocupa a la mayoría de trabajadores de salud es el MINSa con el 62.5%, seguido de EsSalud con 23.5% (Tabla 1).

Tabla N° 1  
NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD POR ENTIDAD ADMINISTRADORA  
PERÚ – 2005

Grupo Ocupacional	MINSa 2005	ESSALUD	EPS	FFAA y PN	Total	
Médicos	13 478	7 686	3 239	1 786	26 189	(36.2%)
Enfermeras	12 691	7 135	1 506	2 316	23 648	(32.6%)
Obstetricas	6 951	918	198	242	8 309	(11.5%)
Odontólogos	1 977	536	1 099	688	4 300	(5.9%)
Otros Profesionales	4 546	3 310	405	1 723	9 984	(13.8%)
Técnicos y/o Auxiliares Asist.	39 884	8 948	27	7 832	56 691	
Otros	14 439				14 439	
Administrativos		6 727			6 727	
<b>Total</b>	<b>93 966</b>	<b>35 260</b>	<b>6 474</b>	<b>14 587</b>	<b>150 287</b>	

Fuente: MINSa (incluye CLAS, PAAG), ESSALUD, FFAA y EPS.  
El porcentaje entre paréntesis es con respecto al total de profesionales (72,430).  
Las FFAA lo componen el Ejército, La Marina y la Aviación. PN: Policía Nacional

Según el Censo del año 2005, la razón de Médicos a nivel nacional es de 10.01, es decir hay 10 médicos por cada 10,000 habitantes, lo cual si tomamos como referencia que en las Américas el promedio de razón entre países es de 21.6, diríamos que estamos en menos del 50% del promedio.

Si aceptamos que el país como mínimo debería tener al menos 1 médico por 1,000 habitantes (equivalente a 10 por 10,000), diríamos que a nivel nacional estamos cubriendo el número mínimo de médicos que se requiere. Sin embargo existen regiones, provincias y distritos que no cumplen este estándar.

Del mismo modo, la razón en enfermeras es de 9.04 por 10,000 habitantes, con una relación de casi una enfermera por médico (0.90), es bajo. El Banco Mundial (Investing in Health:1993) sugiere que, para países en desarrollo, la razón de enfermeras por médico debe ser como mínimo 4.

Cabe agregar que la OMS y la Joint Learning Initiative han propuesto utilizar una medida llamada “Densidad de Recursos Humanos en Salud” conformada por la suma de estos grupos profesionales por 10 mil habitantes. La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en consideración a los demás trabajadores de la salud, pero es la única viable para efectuar comparaciones globales. La densidad promedio de los recursos humanos por población se puede agrupar en países de alta, media y baja disponibilidad: aquéllos con una razón superior a 50 por 10,000, aquéllos con una razón de 25 a 50 y los que tienen un razón inferior a 25, respectivamente. En el Perú este indicador es 18.31 por cada 10 mil habitantes, es decir somos un país con una densidad baja de Recursos Humanos en Salud.

El 2005 la primera publicación del Observatorio Nacional de Recursos Humanos identificó que existe una desarticulación entre la formación y trabajo en las carreras de salud: caracterizado por la masificación de la formación con disminución de la ca-

lidad y el desequilibrio entre la oferta educativa y el mercado laboral. De tal forma que la sobre-oferta educativa ocasiona una gran franja de subempleo y desempleo en salud.

La localización de los recursos humanos calificados en salud en el Perú es sumamente inequitativa, particularmente para las poblaciones rurales más remotas y dispersas. El 63% del personal está concentrado en el 6.5% de la red de servicios asistenciales. Así, en la práctica se prioriza el segundo y tercer nivel de atención, cuando las necesidades están mayormente en el primer nivel. Los esquemas de incentivos han tenido limitada efectividad para corregir esto por la alta rotación en este tipo de puestos (Banco Mundial 1999). Las expectativas y posibilidades de desarrollo profesional, con sus demandas de especialización, y la demanda de ingresos juegan un rol clave en las decisiones de localización de los médicos. Así mismo, la calidad de los servicios también tiene influencia, por lo que las áreas urbanas tienden a tener mayor disponibilidad de recursos que las zonas rurales.

La razón de RHUS a nivel Nacional, esconde en su interior grandes diferencias. En la tabla 2 se muestra que sólo 5 departamentos del País cuentan con al menos 10 profesionales médicos por 10,000 habitantes, lo que evidencia una profunda inequidad en la distribución de los recursos humanos cuando analizamos a nivel departamental, es probable que estas inequidades se profundicen más a nivel distrital. El problema es más agudo en los otros profesionales, lo que demanda plantear estrategias de dotación de recursos humanos, privilegiando las regiones con mayor necesidad.

Brecha en relación a por 10 médicos /10 mil habitantes, por Departamento  
PERÚ – 2005

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN OBJETIVO* (A)	Nº MÉDICOS EXISTENTES (B)	RAZÓN DE MÉDICOS X 10 MIL HAB (B/A*10000) (C)	Nº DE MÉDICOS PARA UNA RAZÓN DE 10 x 10000 HAB (D)	BRECHA ABSOLUTA (D-B)	%
CAJAMARCA	1.305.436	483	3,7	1305	-822	-170,3%
AMAZONAS	374.112	141	3,8	374	-233	-165,3%
HUANCAVELICA	428.840	177	4,1	429	-252	-142,3%
LORETO	848.778	362	4,3	849	-487	-134,5%
SAN MARTIN	643.174	278	4,3	643	-365	-131,4%
HUANUCO	701.839	313	4,5	702	-389	-124,2%
PUNO	1.195.659	543	4,5	1196	-653	-120,2%
AYACUCHO	594.741	278	4,7	595	-317	-113,9%
APURIMAC	402.084	207	5,1	402	-195	-94,2%
CUSCO	1.124.643	617	5,5	1125	-508	-82,3%
UCAYALI	386.347	212	5,5	386	-174	-82,2%
JUNIN	1.047.954	585	5,6	1048	-463	-79,1%
PIURA	1.565.438	919	5,9	1565	-646	-70,3%
ANCASH	997.882	684	6,9	998	-314	-45,9%
TUMBES	184.044	131	7,1	184	-53	-40,5%
PASCO	255.891	195	7,6	256	-61	-31,2%
LA LIBERTAD	1.478.554	1163	7,9	1479	-316	-27,1%
LAMBAYEQUE	1.046.832	926	8,8	1047	-121	-13,0%
MADRE DE DIOS	88.365	85	9,6	88	-3	-4,0%
MOQUEGUA	153.556	183	11,9	154	29	16,1%
ICA	639.124	766	12,0	639	127	16,6%
TACNA	263.473	329	12,5	263	66	19,9%
AREQUIPA	1.094.605	1688	15,4	1095	593	35,2%
LIMA Y CALLAO	8.284.804	13138	15,9	8285	4853	36,9%
Nacional	25.106.174	24403	9,7	25106	-703	-2,9%

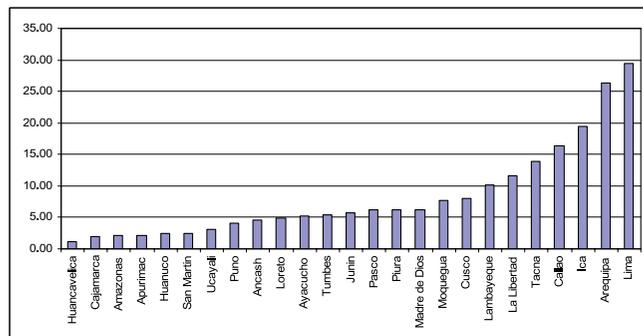
La mayor parte de los médicos se encuentran en el departamento de Lima, la misma que concentra casi el 60% de los profesionales inscritos en el CMP. Le siguen en orden de importancia las regiones de Arequipa, La Libertad, Ica, Lambayeque, Cusco y Piura. Los demás departamentos cuentan con menos de mil profesionales.



# ANEXOS

## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud

Tasa de Profesionales Médicos según Departamentos  
(por 10,000 habitantes)



Fuente: IDREH 2005

En la distribución de las enfermeras a nivel nacional más de la mitad de las mismas residen en Lima Metropolitana. Le siguen en orden de importancia las regiones de Arequipa y La Libertad, aunque con concentración menor que en la ciudad de Lima. Los departamentos de menores ingresos y ubicados en zonas de más difícil acceso (Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Pasco, Cajamarca, Apurimac) muestran participaciones muy pequeñas dentro de la distribución espacial de las enfermeras y de los médicos.

La distribución de las obstetras en el ámbito nacional registra también una clara concentración en Lima y Callao, frente a las demás regiones del país. En este caso, existe una cierta correlación entre los departamentos con mayor población de obstetras (La Libertad, Huánuco, Arequipa, Lambayeque) y la localización de las universidades más importantes de la especialidad (Universidad Privada Antenor Orrego, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Universidad Católica de Santa María, Universidad Privada de Chiclayo).

Los médicos especialistas presentaron un aumento en los últimos 15 años que supera los crecimientos de la población y de los servicios de salud. Para el 2004 el Colegio Médico del Perú registró 19,479 especialistas. La mayor cantidad de especialistas registrados corresponde a las denominadas especialidades básicas: Gineco-obstetricia (2008), Pediatría (1841), Cirugía general (1429) y Medicina Interna (1349).

También se destaca la ausencia de rectoría y gobernabilidad en el campo de los recursos humanos caracterizada por falta de regulación y ausencia de planificación en la formación y el trabajo. En la función rectora del MINSa se han desarrollado Iniciativas nacionales orientadoras para una reforma en el área de RHUS que sustentarán las intervenciones que se proponen en la propuesta técnica del PNCS:

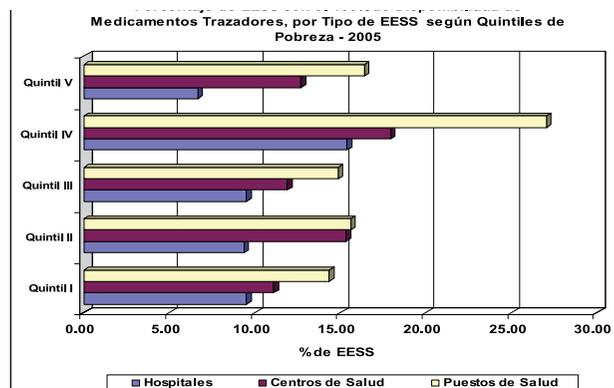
- "Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012".
- Consenso con prestadores, formadores, colegios profesionales, gremios y diversos actores en el campo de la salud, con los que el sector elaboró los Lineamientos de la Política de Recursos Humanos, que han sido aprobados recientemente por Resolución Ministerial.

### Gestión de Medicamentos

#### Situación actual:

El acceso a medicamentos no sólo implica que estos bienes estén oportunamente disponibles en el mercado y en los sistemas de salud, sino que tengan un precio que permita su adquisición por quienes los requieran o faciliten su financiamiento en los sistemas de salud, particularmente aquellos dirigidos a los pobres y pobres extremos. Disponibilidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad económica son componentes fundamentales del acceso. En nuestro país, el costo de los medicamentos constituye un componente muy importante del gasto de salud como lo demuestra la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHo-IV)<sup>67</sup> del 2002.

Sin embargo, la cobertura de los sistemas de salud y la pobreza son sin duda los factores principales que afectan el acceso a los medicamentos necesarios para la población. Es evidente que en los lugares donde no llegan los sistemas de salud, los medicamentos y otros insumos críticos tampoco estarán disponibles y por lo tanto las poblaciones se ven limitadas de prevenir o tratar sus dolencias, recurriendo muchas veces a prácticas poco seguras. Ello se ve agravado por la situación de pobreza, en particular de la pobreza extrema. Tal como se puede ver en el Gráfico siguiente existe menor disponibilidad de medicamentos trazadores en los establecimientos del Quintil I.



Fuente: DIGEMID. Análisis situacional del suministro de Medicamentos a nivel nacional (2005)

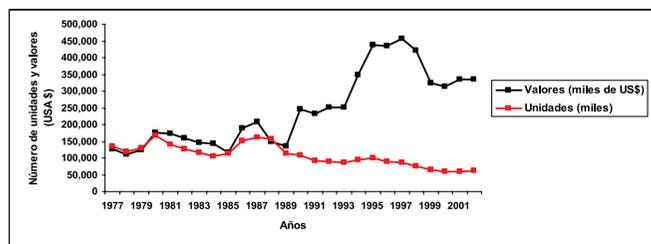
El mercado privado de medicamentos ha mostrado una clara tendencia al crecimiento. El mercado privado pasó de US\$ 126,1 millones en ventas en 1977 a un poco más de US\$ 457 millones en 1997, lo que significó un crecimiento del 262.4% y al final del 2003, bajó a US\$ 345 millones (entre 1977 y 2003 creció 173.6%). Sin embargo, las unidades consumidas en 2003 representaron solamente el 46.2% de las consumidas en 1977. El valor promedio de cada unidad vendida pasó de US\$ 0.93 en 1977 a US\$ 5.45 en el año 2003 (ver siguientes gráficos). En general, el mercado farmacéutico creció en base al aumento de precios de los medicamentos, deviniendo en la exclusión de los sectores más pobres de la población del consumo de los medicamentos.

<sup>67</sup> Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHo-IV) del 2002, el 43% de la población que se enferma no asiste a una consulta médica, y de los que si asisten el 7,7% no recibe medicamentos; del 92,3% que reciben medicamentos el 42,5% no paga, constituyendo aproximadamente el 50% del gasto en salud en todos los estratos socio económicos.

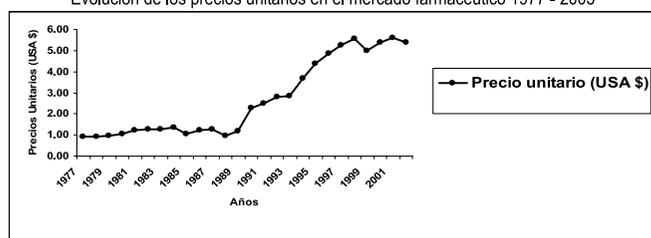
Anexo 2:  
Principales Problemas  
del Sistema de Salud



Evolución del número de unidades y valores en el mercado farmacéutico peruano 1977-2003



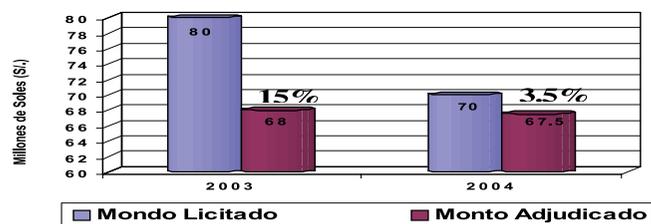
Evolución de los precios unitarios en el mercado farmacéutico 1977 - 2003



En este marco situacional, el Comité Nacional de Medicamentos del Consejo Nacional de Salud, ha elaborado un Plan Nacional de Implementación de la Política Nacional de Medicamentos en la que se han propuesto grandes líneas de acción que han sido tomadas en cuenta en esta ficha técnica. Este Plan considera que el medicamento es un bien con valor social, sanitario y económico; y que los sistemas de financiamiento deberían utilizar el medicamento como un recurso estratégico para lograr resultados sanitarios.

En este sentido, en los últimos años el Estado ha logrado significativos ahorros en la compra de medicamentos utilizando mecanismos de adquisición más eficientes (ver siguiente gráfico), lo que sugiere que además de invertir más en este rubro, se debe mejorar la eficiencia logística y la calidad de los medicamentos ligado a un paquete garantizado de atención que esté dirigido principalmente a los más pobres.

Ahorro en la adquisición de medicamentos mediante Licitación Pública Nacional, entre los años 2003 - 2004



Fuente: DIGEMID. Análisis situacional del suministro de medicamentos a nivel nacional (2005)

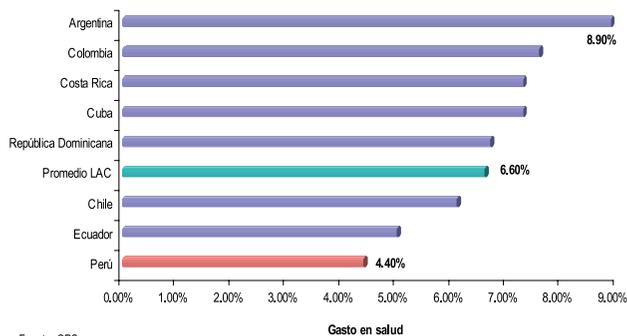
Financiamiento

Situación actual:

El gasto en salud es relativamente bajo en el Perú comparado con los niveles registrados en otros países de Latinoamérica. Así, en el 2004, el gasto en salud en el Perú representó el 4,4% del Producto Bruto Interno (PBI), inferior en 2,2 puntos porcentuales al nivel del promedio de Latinoamérica. Asimismo, es importante mencionar que en el Perú no sólo existe un problema de escala de financiamiento sino también un problema en su

estructura, debido a que la principal fuente de financiamiento lo constituye el gasto de bolsillo de los hogares, el cual llega a representar aproximadamente el 35% del gasto total. Mantener esta situación atenta contra la equidad del sistema, ya que limita el acceso a los servicios de salud a los segmentos de ciudadanos de menores recursos.

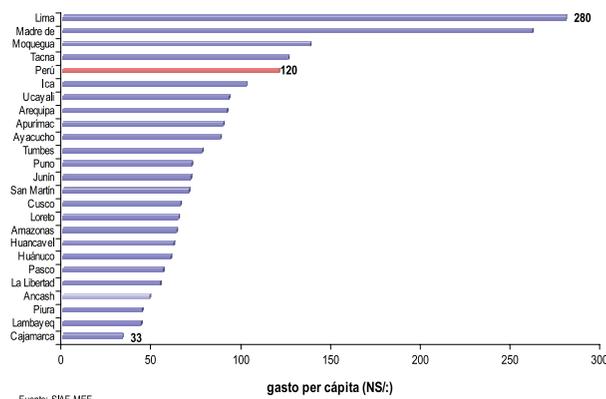
Gasto en salud en América Latina: 2004 (% del PBI)



Fuente: OPS

Con relación a la asignación del gasto público en salud por departamentos, se observa que éste se orienta a la población localizada en las áreas urbanas, principalmente en Lima Metropolitana. Así, el gasto público per cápita en Lima Metropolitana ascendió a NS/ 280, superior en 133% al nivel promedio nacional. En contraste, a zonas con menores recursos y mayores necesidades de salud, como lo son Cajamarca, Ancash, Huancavelica, Apurímac, Amazonas, entre otras, se les asignó un per cápita inferior a NS/ 100. Cabe señalar, que esta distribución de recursos al responder más a criterios de asignación basados en la distribución de la oferta de servicios más que a criterios de demanda o de las necesidades de la población, tiende a agravar los problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Gasto público en salud per cápita por departamento: 2005 (nuevos soles)



Fuente: SAF-MEF

Rectoría

Situación Actual

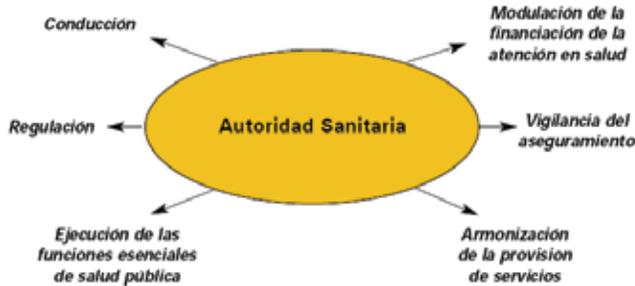
La Rectoría en salud es la visión amplia y global del sistema y la capacidad de reconocer sus problemas y fallos, se centra en aquellas acciones que están focalizadas hacia la mejora de la salud. La rectoría tiene tres dimensiones fundamentales; 1. La capacidad estratégica (visión y dirección para formular las políticas de salud), 2. Capacidad de influir (regulación y otros



# ANEXOS

## Anexo 2: Principales Problemas del Sistema de Salud

medios), 3. Capacidad de generar y utilizar el conocimiento (inteligencia).



Fuente: OPS. Levkovitz E. La función rectora en el marco de los Sistemas de Salud en ALC

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las funciones de rectoría en salud comprenden, básicamente, la conducción sectorial, la regulación, la modulación del financiamiento y aseguramiento, la salud pública y la armonización de la provisión de servicios.

Los países de América Latina que están conduciendo procesos de reforma del sector salud, en general, han caminado hacia la descentralización/desconcentración de la atención de salud y la separación de las funciones de financiamiento y de prestación. Esto ha creado nuevos escenarios y retos que en muchos casos han ocasionado el deterioro de la salud pública. Esta situación ha planteado la necesidad de redefinir el rol de los ministerios de salud, para fortalecer su rol de rectoría.

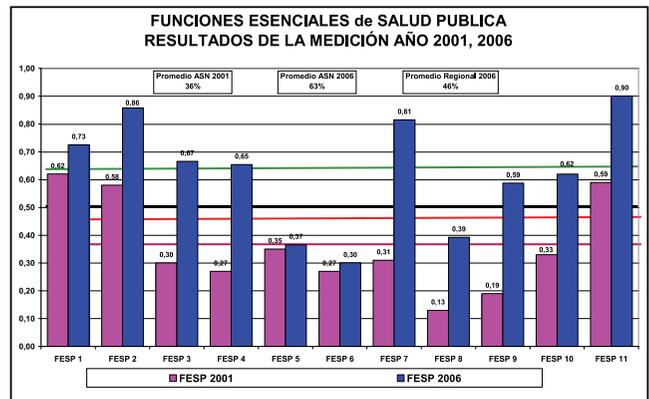
El Ministerio de Salud de Perú realizó la medición del desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) a nivel de las 24 regiones del Perú en el año 2005. También realizó una primera medición del desempeño de las FESP a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) en el año 2001 y la segunda en junio de 2006.

La evaluación del desempeño de las FESP constituye una herramienta de gestión útil, al brindar información de cómo se encuentran los procesos clave, las capacidades e infraestructura y el desarrollo de las competencias en el proceso de descentralización. Esta información debe ser utilizada para definir y desarrollar estrategias de mejora, elaborar Planes Concertados de Salud, optimizar y enriquecer la gestión en salud, fomentar el intercambio de experiencias entre las regiones y lograr resultados en salud pública a nivel regional y nacional.

Esta evaluación muestra que se ha avanzado en la rectoría en salud a lo largo de estos años y que aún se requiere fortalecer y consolidar el rol de la Autoridad Sanitaria. Los desafíos identificados están en relación con elementos cruciales de la rectoría los cuales requieren ser consolidados como la participación ciudadana, mejores capacidades para la fiscalización, la implementación de políticas y del marco regulatorio desarrollado, a fin de lograr una adecuada política de salud y una sólida Autoridad Sanitaria Nacional para su conducción y desarrollo.

En la evaluación de la FESP de la Autoridad Sanitaria Nacional en el 2006, la ASN ha incrementado su desempeño en 9 de 11 funciones (82%) y en 2 (18%) su incremento fue mínimo, específicamente en las FESP 5 y 6, evidenciándose la necesidad de fortalecer el ejercicio de la rectoría en salud pública, considerando los diversos sub-sectores.

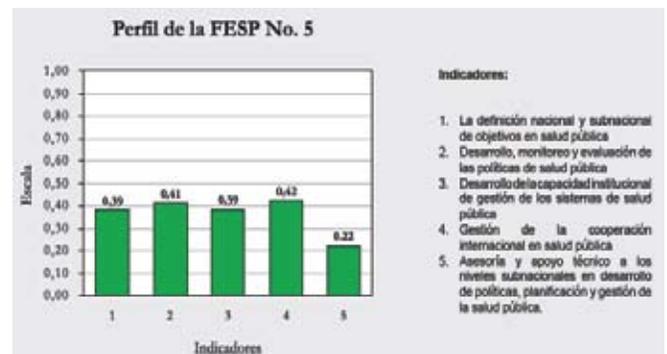
FESP: COMPARATIVO 2001 - 2006



Fuente: Evaluación FESP de la Autoridad Sanitaria Nacional Junio 2006 - MINSa

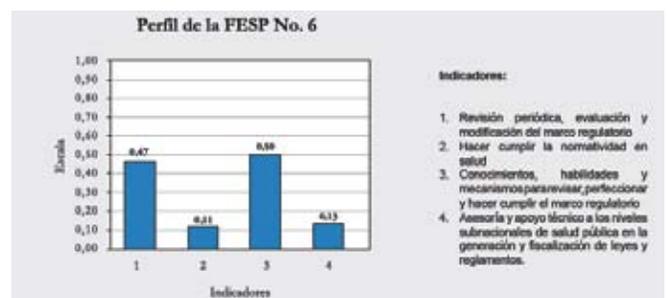
La función de Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Planificación y Gestión en Salud Pública, alcanzó un desempeño de 37% (desempeño medio inferior). Todos los indicadores muestran desempeños por debajo del estándar (50%), siendo el indicador 5 el que tiene el desempeño más bajo. Los primeros cuatro indicadores de esta FESP alcanzaron un desempeño medio inferior, con crecimientos simétricos, dado el contexto actual esta función debe desarrollarse más y consolidarse.

### Salud Pública



Fuente: Evaluación FESP de la Autoridad Sanitaria Nacional Junio 2006 - MINSa

### FESP No 6: Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de Regulación y Fiscalización en Salud Pública



Fuente: Evaluación FESP de la Autoridad Sanitaria Nacional Junio 2006 - MINSa

## Principales Problemas del Sistema de Salud



La función de Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de Regulación y Fiscalización en Salud Pública alcanzó un desempeño de 30%, (Desempeño medio inferior). Los indicadores 1, 2 y 4 logran desempeños por debajo del estándar (50%) y el indicador 3 tiene un desempeño igual al estándar. Es necesario fortalecer la capacidad fiscalizadora por la ASN y el desarrollo de instrumentos y el marco legal para cumplir con esta responsabilidad. Considerando que es una función que adquiere mayor relevancia en el proceso de descentralización sectorial y en el ejercicio de rectoría de la ASN, resulta necesario fortalecer los procesos relacionados a la implementación de las normas y su cumplimiento, significando ello una mayor asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales, y ver como una oportunidad a las instancias del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para fortalecer el liderazgo de la ASN y afianzar más su rol rector normativo y regulador.

A pesar de existir mecanismos de concertación a nivel nacional, aún no se hace uso extensivo de estos mecanismos y muchas de estas políticas no han tenido la formulación participativa que pudiera esperarse. Esto dificulta la planificación a largo plazo que pudiera dar sostenibilidad a los planes elaborados y continuidad a las políticas establecidas.

Otro problema a señalar en el tema de planificación es la falta de información confiable para la toma de decisiones. Se ha avanzado en la metodología de Análisis de Situación de Salud, pero aún no se unifican los sistemas de información del Ministerio encontrándose con frecuencia diferentes cifras para un mismo indicador, lo que dificulta la toma de decisiones y la planificación respectiva.

La estructura actual del Ministerio, establecida antes del proceso de descentralización, en la concepción de un Ministerio prestador de servicios de salud deviene ahora en inadecuada, dificultando el ejercicio del rol rector del ministerio.

### Participación Ciudadana

#### Situación actual:

La participación ciudadana entendida como la participación de la población en todas las etapas de la gestión pública: planificación, diseño, implementación y evaluación está consagrada en la Constitución de 1993, tanto como derecho fundamental de la persona (art. 17) así como derecho político (art. 31). Igualmente, la Ley de Modernización del Estado establece la democracia participativa (art. 8) y el control ciudadano al conferirle el derecho de participar en los procesos de formulación presupuestal, fiscalización, ejecución y control de la gestión del Estado (art. 9).

De otro lado, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (artículos 3, 5 y 22) garantiza que toda la información que posee el Estado se presume pública, salvo excepciones establecidas por ley; y que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus disposiciones, su organización, recursos humanos, remuneraciones, presupuesto, adquisiciones, proveedores y otros.

También la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades establecen que los gobiernos regionales y locales están

obligados a promover la participación ciudadana en la formulación, debate y concertación de sus planes de desarrollo y sus presupuestos a través de espacios de participación adecuados para ese fin.

Asimismo la Ley de Derechos de Participación y Control Ciudadanos, Ley N° 26300, regula el ejercicio de estos derechos, estableciendo, al igual que la norma constitucional, que los derechos de participación ciudadana son: Iniciativa de Reforma Constitucional, Iniciativa de la formación de las leyes, Referéndum, Iniciativa en la formación de dispositivos municipales y regionales, otros mecanismos de participación establecidos por esta ley para el ámbito de los gobiernos municipales y regionales. Asimismo, la referida norma establece que son derechos de control ciudadano: La revocatoria de autoridades, la remoción de autoridades, la demanda de rendición de cuentas y otros mecanismos de control establecidos por esta ley para el ámbito de los gobiernos municipales y regionales.

En el caso específico de salud, la Ley General de Salud garantiza que todo usuario de un servicio tiene derecho a que se le informe de las características del servicio, se le brinde información sobre su proceso personal y que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento.

La Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud prevé la formación y funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales de Salud y también de los Consejos Provinciales y Locales de Salud. Dichos espacios de coordinación y concertación tienen un carácter consultivo y su composición, determinada por la referida Ley, es mayoritariamente a base de representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así, la representación de la sociedad civil en salud y de las organizaciones sociales de base se ve limitada a un(a) representante de entre siete o nueve.

TIPO	Espacios de participación		
	Posibles	Existentes	%
Consejos Regionales de Salud	26	24	92.3
Consejos Provinciales de Salud	194	126	65.0
CLAS encargados de la gestión de Centros y Puestos de Salud	6723 establecimientos	2152 establecimientos gestionados por 763 ACLAS	32.0

En el nivel prestacional, el Decreto Supremo 01-94-SA norma la constitución y funcionamiento de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) a partir del Programa de Administración Compartida (PAC) y actualmente administran al 35% de los establecimientos de primer nivel de atención en todo el país. El PAC desconcentró, por primera vez en el sector, la asignación y gestión de los recursos del servicio de salud, y ha contribuido, en un promedio de experiencias nacionales, con la mejora de la calidad y con una mejor utilización de los recursos públicos en los establecimientos que son administrados bajo esta modalidad.

Fuera del ámbito estrictamente prestacional durante las últimas décadas se han desarrollado mecanismos de organización y representación locales ya establecidos en algunas regiones como los SIVICOS, SIVICs, comités de salud y desarrollo. Muchos de estos mecanismos todavía deben desarrollar capacidades y afianzar una mayor articulación con niveles centrales de representación política.



# ANEXOS



## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



# ANEXOS

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

### Agua y Saneamiento

#### Situación Actual

El agua y saneamiento es uno de los principales determinantes de la salud, según la Agenda 21<sup>68</sup>, el suministro de agua potable y el saneamiento ambiental son vitales para la protección del medio ambiente, el mejoramiento de la salud y la mitigación de la pobreza. Para entonces se estimaba que el 80% de todas las enfermedades y más de un tercio de los fallecimientos en los países en desarrollo se deben al consumo de agua contaminada y que, en promedio, hasta la décima parte del tiempo productivo de cada persona se perdía a causa de enfermedades relacionadas con el agua. Una estrategia realista para hacer frente a las necesidades actuales y futuras, consiste en establecer “servicios menos costosos que puedan facilitar y mantenerse en el plano comunitario”.

En concordancia con las metas del milenio<sup>69</sup>, reducir a la mitad el porcentaje de personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza es el objetivo nacional de cara al 2015 y para ello la articulación de los esfuerzos sectoriales es indispensable, especialmente en el campo social. Los sectores de Salud y Vivienda, Construcción y Saneamiento tienen en ese contexto un papel preponderante que cumplir. Revertir los indicadores sanitarios requiere de un esfuerzo conjunto y garantizar el acceso universal a servicios sanitarios de calidad, uno de los cuales corresponde al de agua y saneamiento, es un reto que demanda grandes esfuerzos e importantes volúmenes de inversión, pero representa asimismo, el primer paso para la inclusión de muchos peruanos en el circuito de la riqueza. El acceso de la población a los servicios de agua y saneamiento permite la transición de los cinturones de pobreza a los circuitos de riqueza, con ese propósito el saneamiento debe contemplar, además de la protección de la salud de las personas y el ambiente, la importancia económica que tiene y las oportunidades que significan para la economía local. En ese contexto las barreras sanitarias para acceder al comercio global son muy exigentes difíciles de franquear sin lograr el saneamiento del medio en el ámbito local y regional. El agua y saneamiento abren puertas y permiten el acceso a la economía y comercio mundial, incluido por supuesto el turismo receptivo.

El Gobierno Peruano, a través del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, aprobó el Plan Nacional de Saneamiento “Agua es Vida” 2006-2015<sup>70</sup>, como un aporte sustancial a las políticas nacionales de desarrollo especialmente de lucha contra la pobreza y de bases para una mayor competitividad del país. El Plan permite facilitar la integración de esfuerzos sectoriales buscando sinergias y complementariedad. Los indicadores sanitarios tomados como base de partida de las principales acciones a desarrollar en el mediano y largo plazo, muestran una situación marcadamente crítica. Al 2004 sólo el 76% de la población contaba con acceso a los servicios de agua potable y apenas el 57% a los servicios de saneamiento, la brecha en relación a las metas del milenio es bastante amplia.

<sup>68</sup> Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD). Río de Janeiro, 3 a 14 de junio de 1992. Volumen I: Resoluciones aprobadas por la Conferencia. Programa 21 (Agenda 21). Capítulo 18: Protección de la calidad y suministro de los recursos de agua dulce: aplicación de criterios integrados para el aprovechamiento, ordenación y uso de los recursos de agua dulce. Área de programa D) Abastecimiento de agua potable y saneamiento.

<sup>69</sup> Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/55/L.2)] 55/2. Declaración del Milenio. Quincuagésimo quinto período de sesiones. Tema 60 b) del programa. 8a. sesión plenaria. 8 de septiembre de 2000. “Reducir a la mitad, para el año 2015, la proporción de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día y el número de personas que padezcan hambre y, para el mismo año, reducir a la mitad la proporción de personas que carezcan de agua potable”.

<sup>70</sup> Decreto Supremo N° 007-2006-VIVIENDA. 14-03-2006. Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015.

<sup>71</sup> Decreto Supremo N° 006-2007-VIVIENDA. 22-02-2007. Publicado en el diario oficial El peruano el 23-02-07.

<sup>72</sup> Memorando de Políticas Económicas y Financieras para el periodo 2007-2008. Carta de intención con el Fondo Monetario Internacional, FMI.

<sup>73</sup> El Shock de inversiones en agua y saneamiento viene invirtiendo más de 1 000 millones de soles.

<sup>74</sup> Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, actualmente denominado Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social. FONCODES.

Perú. Coberturas de agua y saneamiento. 2004

Ámbito	Población		Población servida agua potable		Población servida saneamiento	
	Millones	Millones	%	Millones	%	
<b>Urbano</b>	<b>19,6</b>	<b>15,9</b>	<b>81</b>	<b>13,4</b>	<b>68</b>	
SEDAPAL	8,0	7,1	89	6,7	84	
EPS grandes	5,4	4,5	82	3,7	68	
EPS medianas	3,0	2,4	79	1,8	61	
EPS pequeñas	0,7	0,4	71	0,3	51	
Otras administraciones.	2,5	1,5	60	0,8	33	
<b>Rural</b>	<b>7,9</b>	<b>4,9</b>	<b>62</b>	<b>2,4</b>	<b>30</b>	
<b>Cobertura Total</b>	<b>27,5</b>	<b>20,8</b>	<b>76</b>	<b>15,7</b>	<b>57</b>	

Fuente: Plan Nacional del Subsector de Saneamiento 2005-2015. Dirección Nacional de Saneamiento.

El cuadro anterior muestra, como una decisión firme para revertir tal situación, recientemente el gobierno creó el Programa Agua para Todos<sup>71</sup> (PAPT) diseñado para ayudar a reducir a la mitad la participación de la población sin acceso al agua potable en los próximos cinco años<sup>72</sup>. El shock<sup>73</sup> de inversiones en agua y saneamiento significa una gran oportunidad para atender demandas sociales postergadas y contribuir a la solución de los problemas sanitarios del país.

Las inversiones en el sector han sido constantes en los últimos 20 años, no obstante la atención sectorial del problema de saneamiento es insuficiente, el caótico crecimiento de la población sin educación sanitaria, la falta de titulación de los predios y la precariedad de la vivienda entre otros factores socioeconómicos no han permitido que dichas inversiones atenuen los impactos negativos en las proporciones esperadas. Sólo en la década de los noventa (1990 - 1999), se han invertido aproximadamente US\$ 2,443 millones, dicha inversión representó el 14% de la inversión pública del periodo. En el mismo periodo se estima que las inversiones realizadas en el ámbito urbano llegaron a US\$ 2,018 millones (82,6% del total) y en el área rural US\$ 425 millones (17,4 % del total). El 85% de las inversiones en el ámbito rural fueron ejecutadas por FONCODES.<sup>74</sup>

Perú. Inversiones en agua saneamiento 1990-1999.

Ámbito	Periodo			%
	1990-1994 US\$ millones	1995-1999 US\$ millones	1990-1999 US\$ millones	
<b>Área urbana</b>	<b>581</b>	<b>1437</b>	<b>2018</b>	<b>82,6</b>
1 SEDAPAL	162	475	637	
2 PROMAR (Lima Sur)	0	36	36	
3 FONAVI	96	468	564	
4 Resto área urbana	323	458	781	
<b>Área rural</b>	<b>72</b>	<b>353</b>	<b>425</b>	<b>17,4</b>
<b>Total</b>	<b>653</b>	<b>1790</b>	<b>2443</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ministerio de la Presidencia. Diagnóstico del subsector saneamiento, 1999. Dirección General de Saneamiento. Elaboración: Vice ministerio de construcción y saneamiento. Dirección Nacional de Saneamiento.

No obstante de las inversiones realizadas la cobertura de los servicios aún son insuficientes y se encuentran bastante retradas en relación a la necesidad de la población y de los niveles sanitarios de seguridad. La cobertura del tratamiento de aguas residuales es bastante baja y representa el principal riesgo sanitario, sólo el 18% de los desagües se tratan, situación que debe revertirse en el menor plazo posible. Asimismo la calidad del agua requiere de nuevos enfoques de seguridad sanitaria, el Perú a través del Ministerio de Salud debe incorporar en los servicios de agua y saneamiento las políticas y planes de seguridad sanitaria implementando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para lograr sistemas de

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



garantía sanitaria como el sistema HACCP<sup>75</sup> (Hazard analytical critical control point) aplicado en la industria de alimentos. En relación a la calidad sanitaria de los servicios de saneamiento, la contaminación del agua significa el principal riesgo para la salud y en los países en vías de desarrollo es frecuente encontrar niveles significativos de contaminación del agua, sólo el 3% de la población en el Perú, hace 10 años tenía acceso a agua segura<sup>76</sup>, para el 2004 el 59% de los sistemas de agua del medio rural no desinfecta el agua, y aunque 43 empresas de agua en el medio urbano reportan haber clorado el agua el efecto residual no sería suficiente para proteger la salud debido a la falta de continuidad del servicio y al almacenamiento intradomiciliario de agua. 37% de empresas en el ámbito urbano ofrece una continuidad de 12 horas; 37% entre 12 y 20 horas; y 26% más de 20 horas. En el medio de pequeñas ciudades y rural un 75% tiene servicio discontinuo y 50% menos de 10 horas.

No obstante que el riesgo asociado a los agentes biológicos patogénicos es el más sensible, los estudios epidemiológicos demuestran cotidianamente que los agentes químicos están provocando graves problemas de salud no sólo por la cronicidad de sus efectos sino también por la falta de capacidad de los servicios de atención de salud para enfrentar ese tipo de patologías. Las intoxicaciones crónicas afectan severamente el desarrollo, más aún si tienen efectos sobre el nivel de inteligencia en niños, como es el caso del plomo. Las patologías crónicas representan grandes problemas de atención de salud, especialmente si tienen carácter cancerígeno, producto de la exposición a compuestos como el arsénico, presentes en forma natural en muchas fuentes de agua en el Perú.

El siguiente cuadro muestra la concentración de metales de importancia sanitaria presentes en el agua para consumo humano a nivel domiciliario entregado por las empresas de agua a nivel nacional.

Calidad del agua potable asociada al Cd, Pb, y As para distintas EPS según su ubicación geográfica de norte a sur. Perú. 2001.

EPS	Cadmio		Plomo		Arsénico	
	µg/L		µg/L		µg/L	
	Promedio	Máximo	Promedio	Máximo	Promedio	Máximo
01. Piura. EPS Grau S.A.	< 0.2	0.7	2.0	9.0	1.0	2.0
02. La Libertad. SEDALIB S.A.	< 0.2	< 0.2	1.0	11.0	3.0	15.0
03. Cajamarca. EPS Sedacaj S.A.	< 0.2	0.3	5.0	28.0	0.3	0.4
04. Ancash. EPS Chavín S.A.	0.2	0.9	4.0	28.0	1.0	3.0
05. Lima. SEDAPAL.	0.7	2.4	8.0	69.0	19.0	142.0
06. Tarma. EPS Sierra Central S.A.	0.2	0.4	4.0	14.0	2.0	5.0
07. Pasco. EMAPA PASCO S.A.	< 0.2	< 0.2	3.0	7.0	2.0	3.0
08. Ica. EMAPICA S.A.	0.3	4.0	3.0	10.0	5.0	11.0
09. Arequipa. SEDAPAR S.A.	< 0.2	< 0.2	2.0	13.0	28.0	132.0
10. Juliaca. EPS SEDA JULIACA S.A.	< 0.2	0.4	4.0	10.0	15.0	17.0
11. Ilo. EPS Ilo S.A.	< 0.2	< 0.2	1.0	5.0	43.0	62.0
12. Tacna. EPS Tacna S.A.	< 0.2	< 0.2	1.0	4.0	16.0	42.0

Fuente: SUNASS, "Análisis de la calidad del agua potable en empresas prestadoras del Perú: 1995-2003". JICA, 2004

Para el decenio 2005-2015, que coincide con el Decenio Internacional para la Acción "El agua, fuente de vida" proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas<sup>77</sup>, la Dirección Nacional de Saneamiento ha estimado las inversiones requeridas para el sector en US\$ 4,042 millones, de los cuales US\$ 2,911 millones son para lograr las Metas del Milenio y US\$ 1,131 millones para alcanzar las metas de coberturas de tratamiento de aguas residuales. El shock<sup>78</sup> de inversiones en agua y saneamiento viene avanzando en ese sentido.

Perú. Inversiones en tratamiento de aguas residuales 2006-2015.

Componente	Ampliación Millones de US\$	Rehabilitación Millones de US\$	Total Millones de US\$
SEDAPAL	367	0	367
EPS grandes	331	22	353
EPS medianas	203	9	212
EPS pequeñas	47	0	47
Otras administraciones	152	1	153
<b>Total general</b>	<b>1 100</b>	<b>31</b>	<b>1 131</b>

Fuente: Plan Nacional del Subsector de Saneamiento 2005-2015. Dirección Nacional de Saneamiento.

En resumen las diferentes orientaciones políticas coinciden en la necesidad de lograr que las intervenciones en el campo de agua y saneamiento especialmente en el medio rural se incrementen, sean de bajo costo y de mayor impacto en la protección de la salud de las personas y que los servicios de agua y saneamiento sean eficaces y sostenibles.

### Exclusión Social: Pobreza, Ingreso y Empleo

#### Situación actual

La pobreza total en el Perú para el periodo 2001-2005 se habría reducido de 54.8% a 48.9%, mientras que en área rural habría caído de 74.8% a 69.7%. Asimismo, para el mismo periodo, la pobreza extrema (incapacidad de los hogares de financiar una canasta básica de alimentos) a nivel nacional habría decrecido de 24.4% a 18.2%, mientras que en el área rural lo habría hecho de 51.3% a 39% entre 2001 y 2005. (Herrera 2004, MEF basado en INEI-ENAHO 2004 y 2005).

De acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas, el total de gasto público de lucha contra la pobreza expresado como porcentaje del PBI durante el año 2003 fue de 5.4%. Sin embargo, este dato no refleja el gasto público que realmente es destinado al financiamiento de los programas sociales, en la medida que incluye rubros de transferencias a gobiernos locales para sus gastos corrientes. Es por ello que un inventario de los programas sociales más detallado muestra una cifra algo menor. (Franke 2005).

Gasto Social de los Programas Sociales Prioritarios\*  
(en Millones de Nuevos Soles)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006**
EDUCACIÓN INICIAL	425	511	553	552	591	656
EDUCACIÓN PRIMARIA	1859	2027	2177	2389	2580	2772
EDUCACIÓN SECUNDARIA	1453	1657	1823	2039	2328	2453
PROMOC. Y ASIST. SOCIAL Y COOP.	1207	1213	990	1609	1920	1925
SALUD COLECTIVA	554	588	290	285	313	377
SALUD INDIVIDUAL	1832	2058	2140	2458	2662	2913
<b>Total General</b>	<b>7330</b>	<b>8055</b>	<b>7972</b>	<b>9331</b>	<b>10394</b>	<b>11096</b>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

\* Incluye gastos administrativos

\*\* Preliminar

Existe una gran proporción de los programas sociales cuyo foco es la asistencia alimentaria. Según Cortez (2001), hay demasiados ejecutores dispersos con poca coordinación entre sí, lo que duplica esfuerzos y reduce la efectividad del gasto social en alimentos como un todo. Por su parte, Yamada y Pérez (2005) sostienen que, de acuerdo a los estudios disponibles, el impacto del Programa del Vaso de Leche es negativo o nulo y ello puede deberse a que sólo el 30% de los recursos del programa llega a los beneficiarios prioritarios y a que el contenido nutricional de las raciones entregadas es muy bajo.

<sup>75</sup> El HACCP (Hazard Analytical Critical Control Point), es un sistema de aseguramiento de la inocuidad del agua, se conservan sus siglas en inglés por su aplicación universal.

<sup>76</sup> Estudio de desinfección del agua en el punto de uso. CEPIS-DIGESA. 1998.

<sup>77</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución A/RES/58/217.

<sup>78</sup> El Shock de inversiones en agua y saneamiento invierte para los años 2006 y 2007 más de 1 000 millones de soles, incluidas las inversiones correspondientes al ámbito de Sedapal.



## ANEXOS

### Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

A pesar de haberse aplicado por más de quince años, los programas sociales no han contribuido a reducir significativamente la pobreza ni la desnutrición crónica.

Por ejemplo, la desnutrición crónica en menores de 5 años para 1996 fue 40% en el ámbito rural y 16% en el urbano; para el 2000, se mantuvo en 40% rural y bajó a 13% urbano; para el 2005 bajó un punto en el ámbito rural 39% y 10% urbano. La anemia en menores de 5 años para 1996 fue 57% tanto en el ámbito rural como en el urbano; para el 2000, fue 47% urbano y 53% rural; para el 2005 fue 40% urbano, manteniéndose en 53% rural. (INEL, ENDES, 1996,2000 y 2005).

Las principales características de la gestión de los programas sociales son (Comisión Interministerial de Asuntos Sociales. CIAS):

- La intervención de un grupo de programas sociales es desarticulada respecto de los programas de otros sectores e incluso de los programas de su propio sector.
- No hay objetivos claros y específicos.
- Limitaciones en el seguimiento y evaluación del impacto del gasto social.
- Ausencia de criterios de identificación de beneficiarios y de incentivos tanto para la entrada como para la salida del programa.
- La asignación presupuestal es en base al presupuesto histórico y no se basa en metas a alcanzar.
- Hay una exagerada proporción de gastos administrativos.

La ineficacia de los programas sociales se produce por (CIAS):

- Las personas, familias y comunidades beneficiarias, no reciben en conjunto los bienes y servicios necesarios para su desarrollo integral (vacunas, cocinas mejoradas, letrinas, alimentos, agua potable, etc).
- Ausencia de enfoque de género que priorice a las niñas de las zonas rurales, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia para enfrentar la inequidad de oportunidades de desarrollo.
- La falta de un sistema de control de entrada y salida de beneficiarios lo que resulta en altas tasas de filtración y subcobertura.
- Focalización inadecuada en la asignación de recursos.

Como consecuencia de esto, el conjunto de indicadores sociales de educación, salud, nutrición, saneamiento, etc. no han variado a través de los años a pesar del alto número de programas sociales y del gasto efectuado.

Actualmente esta en marcha un proceso de reforma de los programas sociales. Este proceso cuenta con el marco del Decreto Supremo N. 029-2007-PCM del 30 de marzo del 2007 que aprueba los lineamientos para la fusión, integración y articulación de los programas sociales y establece un cronograma para esta reforma. Las principales orientaciones se centran en gestión por resultados, modernización de la política social y de la gestión de los programas sociales, implementación del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), fortalecimiento de la gestión de lo social en los gobiernos regionales y locales, sistema de seguimiento y evaluación y que las intervenciones sean articuladas “combo de bienes y servicios”.

Recientemente, el gobierno inició durante el 2005, la implementación del programa JUNTOS que forma parte de una nueva generación de programas sociales orientados a la reducción de la pobreza que integra acciones de largo plazo en materia de educación, salud, nutrición e identidad con transferencias mo-

netarias que a corto plazo, incrementan el ingreso de las familias beneficiarias. El presupuesto del programa en el 2005 fue de 120 millones de nuevos soles, en 2006 de 320 millones y el 2007 de 400 millones con la siguiente distribución: 30% para el fortalecimiento de la oferta de salud, educación, nutrición e identidad en las zonas de intervención, 10% para gastos de administración y operaciones y un 60% destinado al subsidio monetario. Para el 2007 se prevé la expansión del programa JUNTOS hacia más de 630 distritos más pobres del país.

#### Medio Ambiente

##### Situación actual

La importancia de la relación entre las políticas de salud y las políticas ambientales se fundamenta en que comparten metas comunes relacionadas con la protección de salud de las personas, en particular de la población más vulnerable. Todo lo cual ha sido materia de importantes esfuerzos tanto a nivel nacional como internacional, sin embargo debe destacarse que las necesidades de salud vinculadas con los determinantes ambientales todavía no están adecuadamente atendidas en el Perú.

La prevención y reducción de los impactos en la salud de las personas asociados con la degradación y contaminación ambiental es un criterio fundamental para mejorar el desempeño multisectorial y, en particular, para mejorar la coordinación, colaboración e integración entre las políticas públicas de salud y del medioambiente.

Por ello la propuesta técnica del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), prioriza los determinantes ambientales de la salud y en consecuencia deben plantearse estrategias, intervenciones y resultados que orienten la acción sectorial y las acciones intersectoriales e intergubernamentales.

Existen antecedentes de la importancia que el sector salud le ha dado a las consideraciones ambientales: en 1974 los Ministros de Salud de la Comunidad Andina acordaron que en “cada uno de los países se crearía un organismo o comisión multisectorial y del más alto nivel de decisión política para la implementación de una política nacional de control ambiental” (Acuerdos III Reunión de Ministros de Salud del Área Andina. 1974). Este acuerdo fue parte del proceso promovido por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano (Estocolmo, 1972) que planteó por primera vez un Plan de Acción mundial para el medio humano reconociendo “Que la protección y mejoramiento del medio humano es una cuestión fundamental que tiene que ver con el bienestar y el desarrollo del mundo entero, se recomienda a cada país incluirlo en su normatividad”.

Últimamente, como parte de los nuevos enfoques existentes, los Ministros de Salud y de Medio Ambiente de las Américas han elaborado agendas de acción común tales como las aprobadas en Ottawa 2001 y Mar del Palta 2005, además de las metas que sobre salud ambiental han acordado por separado en sus propias agendas regionales de trabajo, tales como la última de Ministros de Salud de la OEA en Cuenca, Ecuador, 2007; o como la del Foro de Ministros de Medio Ambiente de América Latina y El Caribe realizada en Caracas 2004.

La alta prioridad política que debe tener atención de los determinantes ambientales de la salud en el Perú ha sido destacada en un reciente análisis sobre los costos de la degradación am-

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



biental, efectuado por el Banco Mundial y el Consejo Nacional del Ambiente, CONAM, cuya conclusión principal indica que “los problemas ambientales como la deficiente calidad del aire y del agua, los inadecuados sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento, y las malas condiciones higiénicas, causan en el Perú un considerable número de enfermedades y muertes. El costo de los daños ambientales se ha estimado en alrededor de 8 mil millones de nuevos soles anuales, equivalentes a casi 4 por ciento del PBI del país en el 2003. Más del 70 por ciento —es decir, casi 6 mil millones de nuevos soles— es atribuible a costos ocasionados a la salud por la degradación ambiental. La población pobre, que normalmente no tiene suficientes recursos para resolver las consecuencias adversas de los problemas de salud ambiental y sufre la mayor exposición a los riesgos ambientales, es la que soporta la porción más grande de este costo. Los niños menores de 5 años son los más vulnerables a las consecuencias de la degradación ambiental sobre la salud. Se estima que hay más de 8 millones de casos anuales de morbilidad por diarrea en niños menores de 5 años. Casi 4 mil personas fallecen de forma prematura cada año por enfermedades asociadas a la contaminación atmosférica. Alrededor de mil niños menores de 5 años mueren cada año por enfermedades respiratorias causadas por la contaminación intradomiciliaria. Además, mientras la exposición al plomo en la primera infancia disminuye entre 1 y 2 puntos el valor medio del cociente intelectual (CI), un poco más de 2 mil niños sufren anualmente una pérdida de CI suficiente para causar retrasos mentales ligeros. Se calcula que el Perú pierde cada año, debido a estos factores de riesgo ambiental, 210 mil años de vida ajustados por discapacidad, una pérdida enorme para una economía con un capital humano limitado”. Ernesto Sánchez-Triana y Yewande Awe. “Política de salud ambiental” en “PERU: La Oportunidad de un país diferente. Próspero, equitativo y gobernable”. Banco Mundial. 2006).

Los determinantes ambientales priorizados son: a) contaminación del aire, b) la inadecuada gestión de los residuos sólidos, c) la contaminación sonora, d) las contaminación por radiaciones no ionizantes y radiaciones ionizantes, e) la contaminación inadecuada gestión de sustancias químicas y por contaminantes orgánicos persistentes, f) los desastres naturales y el Cambio Climático, g) la degradación o contaminación de suelos y h) la contaminación visual. Cabe anotar que el determinante vinculado con la falta de saneamiento y la contaminación ambiental del agua forma parte de otra ficha técnica.

Los determinantes ambientales que pueden afectar adversa y directamente a la salud de las personas pueden aparecer tanto de fuentes naturales como causadas por el ser humano. Los principales tipos de peligros ambientales tradicionales y modernos son los de naturaleza química (tales como metales tóxicos, contaminantes del agua, aire y suelo, disolventes y plaguicidas) biológica (tales como virus, bacterias, parásitos y otros organismos patogénicos) y física (tales como radiación, temperatura y ruido).

### La Calidad Ambiental del Aire

La contaminación del aire ocurre cuando las emisiones al aire de sustancias peligrosas generadas por fuentes fijas o móviles superan los niveles de la capacidad de los procesos naturales de la atmósfera para transformarlos, precipitarlos (lluvia o nieve) y depositarlos o diluirlos por medio del viento y el movi-

miento del aire. Adicionalmente tenemos la contaminación microbiológica del aire que se encuentra mayormente relacionada con los problemas del aire interior de las viviendas o centros de trabajo.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud del Perú de 2000, alrededor de 87% de los hogares rurales y el 11% de los hogares urbanos del Perú quemar combustibles tradicionales, como madera, carbón vegetal, derivados del carbón y estiércol para satisfacer sus necesidades domésticas. Los humos intradomiciliarios procedentes de la quema de combustibles sólidos son la causa de un número de fallecimientos anuales estimado en 1,6 millones y representan 2,7 por ciento de la carga de enfermedad global (OMS 2002b).

En relación a las emisiones de contaminantes locales, la contaminación del aire afecta los ingresos, salud, nutrición y capacidades de la gente, aumentando su vulnerabilidad e intensificando las condiciones de pobreza de las mismas. Estudios desarrollados en el Perú<sup>79</sup> atribuyen 6,064 muertos y US\$ 292 millones de pérdidas por muertes (valor de capital humano) en Lima por causa únicamente del material particulado (año 2005). Se estima además que la contaminación urbana del aire acarrea costos del 0.9% del PBI, siendo estos más severos para los más pobres (estos son de 75 a 300% más graves y severos que respecto de personas con mayor poder adquisitivo)<sup>80</sup>.

Según el reciente Análisis Ambiental de País realizado por el Banco Mundial en coordinación con el CONAM (2006), se calcula que en el Perú la contaminación del aire es responsable de 3,900 fallecimientos prematuros y de 3,800 nuevos casos de bronquitis crónica al año. Además, se estima que alrededor de mil fallecimientos prematuros están relacionados con la exposición a la contaminación intradomiciliaria producida al quemar, con fines domésticos, combustibles sólidos como la madera o el carbón vegetal.

TABLA N° 1:  
PRINCIPALES FUENTES DE EMISIONES DE GASES A NIVEL NACIONAL,  
INVENTARIO INTEGRADO CON INFORMACIÓN DEL 2000

Fuente	CO2	SO2	NOx	CO	Pb
% de las emisiones de energía y procesos industriales					
Transporte*	31	3	67	70	0.3
Transformación y conversión de energía*	10	2	5	0.2	0
Industria*	10	2	2	0.2	0
Pesca*	7	2	10	0.4	0
Producción de metales (proceso)	18	82	1	13	97
Energía total*	76	10	90	86	0.3

\* Emisiones provienen de la quema de combustibles en estos sectores

El Transporte es causante de las mayores emisiones de CO2 (31%), NOx (67%) y CO (70%) a nivel nacional. La producción de metales es causante por su lado de las mayores emisiones de SO2 (82%) y Plomo (97%) a nivel nacional, y el segundo en las emisiones de CO2 (18%) y CO (13%).

La quema de combustibles en su conjunto (el sector energía), producto de la calidad de los combustibles, el volumen y la tecnología utilizados, es causante por su lado del 76% de las emisiones de CO2, el 90% de NOx y el 86% en CO.

<sup>79</sup> Costos de la Gestión de la calidad del Aire, CONAM, 2006/actualización de estudio Valorización Económica, Ana María Gonzáles del Valle (2003)

<sup>80</sup> Análisis ambiental del Perú. Banco Mundial, Mayo 2006.



## ANEXOS

### Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

En ciudades como Chimbote y Pisco, la principal causa de la contaminación por material particulado, SO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>S es la industria pesquera. El uso masivo en Chimbote de combustibles con alto contenido de azufre, como por ejemplo el Residual 500, está causando niveles locales muy altos de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>). En algunas localidades los niveles promedio anual están excediendo la norma vigente de 80 µg/m<sup>3</sup>. Durante un mes de alta producción pesquera, se presentan en zonas urbanizadas niveles promedio mensuales de SO<sub>2</sub> por encima de 400 µg/m<sup>3</sup>, siendo la norma máxima diaria de 365 µg/m<sup>3</sup>.

En Arequipa el total de las emisiones de origen antropogénico emitidas en la cuenca atmosférica de Arequipa son 87 416 toneladas al año aproximadamente, de las cuales el 78% son generadas por las emisiones vehiculares y el 22% son generadas por emisiones de fuentes estacionarias. El 99% de las emisiones son generadas por la combustión de diferentes tipos de combustibles y formas de combustión, según el Inventario de emisiones efectuado por el GESTA Zonal de Arequipa.

En Huancayo el Inventario de Emisiones contaminantes realizado por el GESTA Zonal indica que el total de emisiones asciende a 35 320 TM/año, el 56.5% corresponde a CO (19 939 TM/año) y el 21.7% a Nox (7 675 TM/año). Las fuentes móviles son el 92.5% del total de emisiones, de las que el 30.6% corresponde a los automóviles. El detalle es revelador pues corresponde a una ciudad ubicada en altura.

En la actualidad, diez ciudades están cerca de sobrepasar o sobrepasan los Estándares de Calidad del Aire (Arequipa, Chimbote, Chiclayo, Huancayo, Ilo, La Oroya, Lima Callao, Cerro de Pasco, Piura y Pisco), y dos más están cerca de excederlos (Cusco y Trujillo)<sup>81</sup>, presentándose los principales problemas con el Material Particulado de 10 micras (PM<sub>10</sub>) y el de 2.5 micras (valor referencial), y el Dióxido de Azufre (SO<sub>2</sub>).

Las principales causas del crecimiento de las emisiones de contaminantes locales en el país se han debido a:

- La aplicación de una política tributaria contraria a la disponibilidad de recursos energéticos en el país y con altos impactos ambientales: el impuesto selectivo al consumo es menor para los combustibles más contaminantes, y de déficit de producción en el país (diesel, kerosene); el impuesto al rodaje se aplica solamente a los vehículos gasolineros.
- La mala calidad de los combustibles utilizados.
- La liberalización en la importación de vehículos automotores de segunda mano, introducidos con el fin de facilitar su operación como transporte público y fuente de empleo e ingresos
- La ausencia de una normatividad ambiental para el sector industrial (límites máximos permisibles), o aplicación de una que privilegia netamente el crecimiento económico industrial en desmedro de la salud de la población, con lo que se promueve la utilización de tecnologías obsoletas y de baja eficiencia.
- La deficiente planificación urbana, errada ubicación de industrias y el crecimiento desordenado de las ciudades y comercio.
- El crecimiento de la población en las ciudades

Desde julio del 2006 con la Ley 28817 se establece que el CONAM en su calidad de Autoridad Ambiental Nacional, dirigirá el proceso de elaboración, revisión y aprobación progresiva de los

estándares de calidad del aire y que la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del Ministerio de Salud, es responsable de realizar los monitoreos de la calidad del aire, y desarrollar los inventarios de emisiones y estudios epidemiológicos en coordinación con los GESTAs. A su vez, el Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología (SENAMHI) debe realizar los estudios meteorológicos que complementen el monitoreo de la calidad del aire.

#### Contaminación por Residuos Sólidos

La correcta disposición de residuos sólidos y su almacenamiento reduce la transmisión de enfermedades por vectores y reduce la población expuesta a estas condiciones. En general, el deficiente manejo de residuos tóxicos, reactivos, corrosivos, inflamables y patógenos, así como la disposición final de las basuras domésticas representa un gran desafío para la gestión ambiental en el Perú, al conllevar riesgos ambientales y de salud, a corto y largo plazo.

En general los costos de la degradación ambiental vinculados con el inadecuado manejo de los residuos sólidos equivalen, según el Análisis Ambiental del país efectuado por el Banco Mundial en coordinación con el CONAM (2006), al 0.05% del PBI anual. Es decir, representa aproximadamente S/. 103 millones de soles anuales en pérdida económica asociada por la falta de gestión de desechos sólidos tomando en cuenta el año 2003 como año base del cálculo del PBI.

El Plan Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos aprobado por Decreto del Consejo Directivo del CONAM, N° 004-2005-CONAM/CD de abril del 2005, destaca que la grave situación actual del manejo de los residuos sólidos tiene una estrecha relación con la pobreza, las enfermedades y la contaminación ambiental que en su conjunto significan pérdida de oportunidades de desarrollo.

El total de residuos domiciliarios de origen municipal urbano supera las 13,000 toneladas diarias. La producción per cápita promedio de residuos en el país es de aproximadamente 0.53 Kilos por persona y por día. La composición de los residuos es mayormente de materia orgánica con un 55% en peso, mientras que los materiales altamente reciclables como el papel, cartón, plásticos, metales, textiles, cueros, cauchos y maderas representan el 20%.

La cobertura de servicios es muy baja. Se recolecta alrededor del 70% del total generado. Aproximadamente el 65% de los residuos generados tiene alguna disposición final. El 20% del total de residuos generados se disponen en rellenos sanitarios, el 46% en botaderos controlados, se recicla el 14% y se vierte al ambiente el 20%. Los residuos sólidos de las ciudades comúnmente son arrojados a botaderos a cielo abierto, en terrenos deshabitados, sin dueño o en zonas alejadas de las ciudades, exponiéndose la basura a la intemperie, y sometida al proceso de descomposición natural, lo que origina la proliferación de vectores, como roedores, moscas, etc., que son transmisores de enfermedades a la población o sirve para la irregular crianza de porcinos. La alta tasa de morosidad en el pago de los arbitrios y los deficientes sistemas de cobranza de los gobiernos municipales no permiten asegurar el funcionamiento de los servicios locales de manejo de los residuos sólidos.

<sup>81</sup> Diagnóstico de la Calidad del Aire en el Perú. CONAM, Marzo 2006.

## Principales Problemas de los Determinantes



La ausencia de un sistema de segregación en la fuente determina que en los residuos sólidos municipales se pueda encontrar una gran variedad de residuos químicos, tales como: pilas y baterías, aceites y grasas, insecticidas y otros pesticidas, pinturas y productos de limpieza, medicamentos y aerosoles, con excepción de la Municipalidad de Surco.

La producción diaria de basura en Lima, es de 4,500 toneladas, de las cuales se recolectan 3,000 quedando 1,500 en el ambiente. Ello constituye uno de los factores importantes de la contaminación ambiental y la salud de las personas. En el resto del país se producen 8,500 toneladas diarias, de las cuales se recolectan 4,000 cuya disposición final es inadecuada, quedando en el ambiente 4,500.

En cuanto a los residuos industriales, el volumen supera las 5,000 toneladas diarias a nivel nacional, de los que el 81% son residuos peligrosos. Los residuos industriales en peso equivalen a más del 40% de los residuos domiciliarios municipales. Las ramas productivas que estarían generando una mayor cantidad relativa de residuos peligrosos en el país, son: metal-mecánica, imprenta, curtiembre y las refinerías de petróleo. No se tienen cifras sobre el reciclaje de residuos industriales, en especial de embalajes y embase, aunque puede ser mayor al registrado para los residuos domiciliarios, pero se estima que menos del 1% del total generado de los residuos industriales se disponen en rellenos sanitarios. Esta situación ubica el desarrollo de un sistema de manejo de residuos sólidos industriales en el país es una necesidad de salud pública.

La actividad de la construcción genera una parte importante de los residuos sólidos y, además, debe considerarse que según el último Marco Macroeconómico Multianual al 2010 (mayo 2007) la actividad constructora tendrá un crecimiento promedio anual del 15%. Los residuos de la construcción están mal manejados, son depositados ilegalmente en cuanto terreno baldío o libre existe en las ciudades; también se eliminan en áreas prohibidas, como ríos, mares y calles. No existen rellenos sanitarios para la disposición final de los residuos sólidos de la construcción, por lo que los gobiernos locales tienen serias dificultades para manejar este tipo de residuos sólidos.

En este punto debe destacarse el tema de la importación desde los países industrializados de un volumen de residuos cuya cantidad y calidad se desconoce (esencialmente de tipo metálico, pero mezclados con todo tipo de basura no identificada), que se utilizan como insumos en diversos procesos productivos. DIGESA tiene un registro de las importaciones y exportaciones autorizadas de los residuos industriales.

En cuanto a los residuos sólidos hospitalarios, son escasos los establecimientos que cuentan con sistemas de tratamiento por lo que se elevan aún más los peligros y riesgos que esta deficiencia sectorial puede causar en la salud de las personas.

A pesar tener el mandato legal, apenas 36 Municipalidades Provinciales del país han cumplido con aprobar el Plan Integral de Gestión Ambiental de Residuos Sólidos, PIGARS, instrumento básico de gestión para orientar las acciones en cada una de las etapas de los procesos de manejo de los residuos sólidos<sup>82</sup>.

El Plan Nacional de Gestión de Residuos sólidos demanda una inversión no menor a los 100 millones de dólares, mayormente en infraestructura, para lograr una adecuada recolección y

disposición final de residuos sólidos a nivel nacional. Esta inversión ambiental básica se encuentra lejos de ser atendida. Cabe recordar que, según el catastro de infraestructura final de disposición final de residuos sólidos de DIGESA, en todo el país no existen más de 10 rellenos sanitarios, lo cual es un indicador de la magnitud del desafío.

### Contaminación Ambiental por Ruidos

Los ruidos y sus efectos perturbadores están aumentando en todas las ciudades y centros poblados del Perú. El ruido del tránsito, del vecindario, la industria, establecimientos comerciales y de diversión, de los aeropuertos, el mal uso de los aparatos portátiles, radios de automóviles y aparatos con audífonos, la actividad de la construcción, entre otras prácticas que se dan cotidianamente en nuestras ciudades son una de las formas más extendidas de contaminación ambiental y muy raramente se encuentran bajo cualquier control.

Según el Informe Nacional sobre el Estado del Ambiente (2002-2004) elaborado por el CONAM, las principales causas de contaminación especialmente en el centro de Lima, Chiclayo, Arequipa, Trujillo y Cusco, son el transporte público (velocidad e intensidad del tráfico, motores de los vehículos en mal estado y al claxon utilizado incorrectamente), así como el comercio ambulatorio. En el caso del centro de Lima los niveles de contaminación sonora alcanzan los 130 decibeles (dB), superando los ECA de 70 dB permitidos en zonas comerciales, 60 dB diurno para zona residencial, 50dB nocturno para zona residencial, y 50 dB para áreas de protección especial.

En el caso de ciudades como Piura y las ciudades de la selva como Iquitos, Tarapoto, Moyobamba, Pucallpa, Bagua, la contaminación por ruido es causada por los llamados "motocars o mototaxis" los cuales a pesar de existir ordenanzas municipales para utilizar silenciadores no las acatan debido al mito popular que los motores podrían rendir menos y perder potencia.

Otra fuente de contaminación por ruidos es la causada por el transporte aéreo debido a que en muchas ciudades el aeropuerto está situado cerca de las zonas urbanas, tal como se puede apreciar en el Callao, Chiclayo, Tacna, Iquitos y Pucallpa, esta situación se da hace algunos años debido a la expansión urbana la cual se ha incrementado cerca de los aeropuertos.

Como respuesta a los problemas existentes sobre ruidos a nivel nacional se aprobó el Decreto Supremo N° 085-2003-PCM establece el Estándar Nacional de Calidad Ambiental para Ruido y define los lineamientos para no excederlos, con el objetivo de proteger la salud, mejorar la calidad de vida de la población y promover el desarrollo sostenible. En Lima metropolitana, salvo los avances realizados por algunos distritos como Miraflores, la Molina, San Borja o San Isidro, no existen controles específicos ni efectivos.

### Radiaciones Ionizantes y No Ionizantes

Las radiaciones no ionizantes son aquellas en las que no intervienen iones, es decir, las radiaciones no ionizantes al interactuar con la materia biológica no provocan ionización. Son ejemplos: la radiación ultravioleta, radiación visible, radiación infrarroja, láseres, microondas y radiofrecuencia. Puede incluirse además los ultrasonidos ya que los riesgos producidos por estos son similares a los de las radiaciones no ionizantes.

<sup>82</sup> Ver lista en <http://www.conam.gob.pe/documentos/residuos/pigars/ListadoPIGARS2007.pdf>



## ANEXOS

### Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

En el Perú las ciudades grandes e intermedias están expuestas a radiaciones de las antenas de radio y televisión y las estaciones de bases de telefonía móvil.

Mediante Decreto Supremo N° 010-2005-PCM (03 de febrero del 2005) se aprobaron los Estándares de Calidad Ambiental (ECAs) para Radiaciones No ionizantes, RNI, que establecen los niveles máximos de las intensidades de las radiaciones no ionizantes, cuya presencia en el ambiente en su calidad de cuerpo receptor es recomendable no exceder para evitar riesgo a la salud humana y el ambiente. Estos ECA para la Radiaciones No Ionizantes tienen como objetivo limitar la exposición ambiental de estas radiaciones en el rango de frecuencias de 0 a 300 GHz.

Las radiaciones ionizantes son aquellas en las que las partículas que se desplazan son iones. Estas engloban las más perjudiciales para la salud: rayos X, rayo gama, partículas alfa, partículas beta y neutrones, es decir energía nuclear. Las radiaciones ionizantes por su origen y alto poder energético tiene la capacidad de penetrar la materia y arrancar los átomos que la constituyen provocando una ionización. La respuesta a la radicación varía con el tiempo y con la dosis los principales efectos que provocan son: alteraciones en el sistema hematopoyético, alteraciones en el aparato digestivo, alteraciones en la piel: inflamación, eritema y descamación seca o húmeda de la piel, alteraciones en el sistema reproductivo, alteraciones en los ojos, alteraciones en el sistema cardiovascular y alteraciones sistema urinario.

#### Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs)

Recientemente se ha concluido la elaboración del Plan Nacional de Implementación del Convenio de Estocolmo en el Perú, documento que tiene por objetivo principal adoptar medidas tendientes a reducir y/o eliminar las liberaciones de COPs a fin de proteger la salud humana y el medio ambiente nacional y global.

La importación esta prohibida para el caso de plaguicidas COPs de uso agrícola; para uso en salud pública, industrial, doméstico y otros usos, si bien es cierto no está prohibido, no se han usado hace más de 10 años de acuerdo a los reportes de las autoridades competentes y de Aduanas. Existe el problema de comercio ilegal de plaguicidas COPs que ingresan principalmente por la frontera norte y Bolivia.

En Plaguicidas COPs, se ha encontrado sólo una pequeña cantidad de existencias de plaguicidas COPs, que hacen en total cerca de 100 kg y 50 toneladas de plaguicidas en desuso (2006), en almacenes del Ministerio de Agricultura, SENASA y en pequeña cantidad en el MINSA. Las empresas importadoras y establecimientos comerciales de plaguicidas, no reportan existencias de plaguicidas COPs, sin embargo cabe indicar que se tiene un significativo comercio ilegal de todo tipo de plaguicidas, a través del contrabando, venta ambulatoria, falsificaciones y adulteraciones.

En el Perú, se encuentra expresamente prohibido el registro, importación y uso del DDT para fines agrícolas desde el año 1991 y hace más de 10 años que no se usa el DDT para control de vectores; sin embargo no está expresamente prohibido para su uso en salud pública ni uso doméstico. Las estadísticas aduaneras tampoco registran ningún ingreso de DDT en los últimos 10 años. El Inventario nacional reporta que en los almacenes del SENASA Huancayo se ha encontrado 3 kg de DDT.

En relación al PCBs, en el inventario se identificaron 133 equipos contaminados, 1,583 equipos que posiblemente estén con-

taminados, pero la mayoría (44,671 equipos) están por definir si están o no contaminados (éstos son principalmente provenientes de empresas eléctricas). En cuanto a residuos de aceites dieléctricos, se determinó que 68 toneladas están contaminadas mientras que 308 toneladas están posiblemente contaminadas, por definir se tiene 9,797 toneladas.

En relación a Dioxinas y Furanos, de las diez categorías fuente consideradas, cinco representan el 98.4 % de las liberaciones de dioxinas y furanos; siendo la combustión a cielo abierto y la producción de metales ferrosos y no ferrosos las dos más importantes con el 60.1 % del total. Las otras tres categorías relevantes son la Generación de energía y calor, disposición final/relleno sanitario y la Incineración de desechos que representan el 38.3 % del total.

Con respecto a los Sitios Contaminados con COPs se han encontrado indicios que permiten considerar como sitios potencialmente contaminados con plaguicidas COPs los dos almacenes del SENASA (Lima y Huancayo) y uno en una empresa privada en Ica. Asimismo las zonas donde se usaron intensivamente en los cultivos de algodón, maíz, papa ubicados en la costa norte y central además del valle del Mantaro y alrededores.

Los sitios posiblemente contaminados con PCBs, están en las empresas que poseen equipos contaminados y que han sufrido algún derrame. Sobre los sitios posiblemente contaminados con Dioxinas y Furanos, de acuerdo al inventario se observa que podrían ser los botaderos, rellenos sanitarios donde se quema basura, plantas de transferencia e incineradores que operan inadecuadamente. Frente al problema de COPs tenemos una acción importante del sector privado: las ONGs, la industria, Institutos de Investigación.

Hay iniciativas de producción más limpia como el CET, responsable Care en el Comité de Industria Química, COATING Care en empresa de recubrimientos, Gestión Ambiental en base a los estándares internacionales ISO 14001, Proyecto Piloto de Gestión Ambiental de COPs en el Valle del Mantaro, entre otros.

En cuanto a la infraestructura de laboratorios, tenemos tres laboratorios Públicos en SENASA, DIGESA e IMARPE además de algunas universidades como UNMSM, PUCP, UNI y 6 laboratorios privados que analizan plaguicidas COPs y PCBs, no existiendo aún laboratorios de análisis de Dioxinas y Furanos.

#### La Salud, los Desastres Naturales y el Cambio Climático

El territorio del Perú es un escenario de múltiples peligros debido a su compleja conformación geológica y geodinámica muy activa que se agrava por los cambios climáticos actuales.

Las pérdidas económicas globales por todo tipo de desastres se han incrementado en el Perú de US\$ 200 billones en la década del 70 a cerca de 750 billones en la década del 90. Se estima que del total de dichos desastres al menos 70% son de origen climático.

En el año 2006 CONAM concluyó un estudio sobre "Peligros Climáticos, Biodiversidad, desertificación y pobreza en el Perú" que identificó los siguientes peligros: sequías, inundaciones, peligros geodinámicos (terremotos, aludes, aluviones y huaycos) y heladas. Se ha determinado que el 98% del territorio nacional tiene por lo menos 1 peligro, el 43% de la población peruana está expuesta por lo menos a 3 peligros naturales y el 11% a por lo menos 6 peligros. Los departamentos con mayor área afectada expuesta a más de 3 peligros son: Tacna (85% del área

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



total), Arequipa (70%), Lima (63%), Cajamarca (62%), Moquegua (60%) y Ayacucho (59.5%).

El mencionado estudio señala también, que la presencia de múltiples peligros naturales tiene una alta correlación con los niveles de pobreza y que afectan las diversas variables de educación, salud y desarrollo humano.

Por último debe destacarse que entre las alteraciones ecosistémicas globales el de mayor importancia es el del cambio climático. La magnitud de los cambios anticipados que han sido recientemente confirmados por los informes del Panel Intergubernamental de Cambio Climático, conducirá a resultados directos e indirectos en la salud de las personas, tales como: problemas de la salud relacionados con el estrés por calor, desastres naturales, cambios en la distribución de los vectores, y por consiguiente en los patrones de las enfermedades infecciosas, cosechas e inundaciones.

### Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo

#### Situación actual

Con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos presentes en las actividades laborales. Dichos factores pueden conducir a una ruptura del estado de salud, y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral. Es fundamental proteger la salud de los trabajadores porque las poblaciones más sanas, generan una expansión mayor de la producción, al menos por tres circunstancias: i) una productividad por unidad de tiempo más alta; ii) menos días de ausencia laboral; y, iii) un período más amplio de duración de la fuerza laboral<sup>83</sup>.

Si bien en el Perú se ha reconocido la trascendencia de la salud ocupacional y de identificar los factores para eliminarlos o controlarlos, aún se necesita incrementar el interés y la responsabilidad social (Empleadores - Estado - Trabajadores) y la sociedad civil en sus diferentes manifestaciones organizativas, para mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Se ha estimado que para el año 2006 la población económicamente activa en el Perú fue 43 por ciento del total nacional con una tasa de crecimiento de 2.9 por ciento<sup>84</sup>. Se estima que la PEA ocupada el año 2005 fue de 13,119,725 personas, de los cuales el 81% trabaja en la micro y pequeña empresa<sup>85</sup>.

El 42.4% de la PEA en el Perú tiene un empleo formal, el 52% está sub-empleada y el 5% está desempleada<sup>86</sup>. Si bien las cifras de desempleo aparentemente no son el principal problema del mercado de trabajo peruano, este afecta a sectores vulnerables como jóvenes, mujeres y personas con discapacidad.

Las condiciones en el mercado laboral peruano muestran una situación donde los asalariados privados trabajan 50 horas se-

manales en promedio. De este total, un 24 por ciento cuenta con seguro de salud y el 32 por ciento se encuentra afiliado a un sistema de pensiones. El grupo compuesto por los trabajadores independientes presenta una situación parecida en cuanto a las horas trabajadas, pero sólo el 4,5 por ciento cuenta con seguro de salud y el 9 por ciento participa en el sistema de pensiones. En el caso de los trabajadores del sector informal, ellos únicamente cuentan con estrategias de solidaridad (mecanismos de ayuda y autoprotección) que sirven para mitigar situaciones de vulneración de su salud o imprevistos<sup>87</sup>.

En el Perú, se desconoce la magnitud de la población trabajadora que se encuentra expuesta a diferentes riesgos ocupacionales y no se cuenta con información estadística completa sobre enfermedades y accidentes de trabajo<sup>88 89</sup>. En la actualidad no existe un sistema de información integrado o articulado de notificación, registro, calificación, procesamiento y análisis de los accidentes de trabajo y de las enfermedades asociadas a la ocupación. Cada institución (EsSalud, SEPS, MINSA, MTPE, MEM, etc.) cuentan con registros diversos. Recientemente en el reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo DS 009-2005 TR se establece la elaboración de estadísticas anuales reales en materia de accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales e incidentes peligrosos.

#### Perú: Asalariados privados e independientes con protección social según sector económico. 2005

Sector económico	Seguro de salud 2/		Sistema de pensiones 3/	
	Asalariados privados 4/	Independientes 5/	Asalariados privados 4/	Independientes 5/
Extractiva	141533	52165	175674	107535
Industria	213267	4330	242092	43623
Construcción	25595	87294	60918	18017
Comercio	112855	39700	151998	109810
Servicios	391129	34289	536774	166889
Total de trabajadores con protección social (a)	884398	217778	1167456	445884
Total de trabajadores (b)	3646158	4863478	3646158	4863478
% respecto al total (a)/(b)	24.3	4.5	32.0	9.2

**Notas:**

1. Se denomina asalariados privados a empleados y obreros del sector privado que laboran en empresas de todos los tamaños. Asimismo, los independientes son aquellos que trabajan en forma individual o asociada y que no tienen trabajadores remunerados a su cargo.
2. Trabajadores que están afiliados a un sistema de prestaciones de salud privado y público.
3. Trabajadores afiliados al sistema de pensiones.
4. El seguro de salud es pagado por el empleador.
5. El trabajador independiente es aquella persona que trabaja en forma individual o asociada, explotando una empresa, negocio o profesión y no emplea trabajadores remunerados a su cargo.

Fuente: INEI- ENAHO 2005 (continua Enero-Diciembre)  
Elaboración MTPE - Programa de Estadísticas y Estudios Laborales

La ausencia de datos confiables y sistematizados sobre la situación de salud de los trabajadores constituye un problema de gran magnitud por la significativa pérdida económica y social que ocasionan los accidentes y las enfermedades de origen ocupacional. La falta de información adecuada y completa impide que las autoridades y los empresarios tomen decisiones o que los trabajadores y la opinión pública se movilicen para mejorar las condiciones laborales, disminuir los riesgos y prevenir esos accidentes y enfermedades<sup>90</sup>.

La OIT<sup>91</sup> estimó 1565 accidentes mortales, 2595 accidentes con más de 3 días de baja y 5858 muertes relacionadas con el trabajo y 1253 muertes causadas por sustancias peligrosas

<sup>83</sup> Guía de introducción a los Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el Trabajo Documento de Trabajo. J. Castellá. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Ginebra. 1ª Edición. 2002.

<sup>84</sup> INEI/UNFPA. Proyecciones de la población del Perú 1995-2015.

<sup>85</sup> INEI (2005). Encuesta Nacional de Hogares Continua ENAHO 2005.

<sup>86</sup> INEI (2005). Encuesta Nacional de Hogares Continua ENAHO 2005.

<sup>87</sup> MTPE (2006). Plan Sectorial 2006-2011. Empleo y derechos laborales para todos los peruanos. Lima: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

<sup>88</sup> Seguridad y salud en el trabajo: sinergia entre la seguridad y la productividad. Oficina Internacional del Trabajo. Consejo de Administración. Ginebra, marzo de 2006.

<sup>89</sup> Marco de promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Informe IV Conferencia Internacional del Trabajo, 93.a reunión, Oficina Internacional del Trabajo. 1ª Edición Ginebra 2004.

<sup>90</sup> OPS (1999). Calidad de los datos de salud ocupacional en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 5(1):66-67.

<sup>91</sup> OIT (2006). Seguridad y salud perfiles nacionales, Ginebra: Oficina Internacional del trabajo.



## ANEXOS

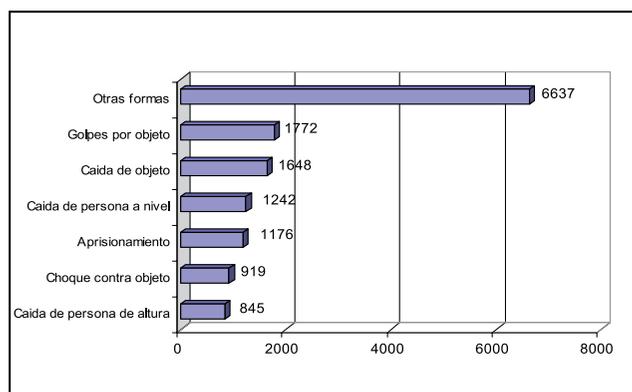
### Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

para el año 2001. Se estima que en el sector minero la mortalidad por accidentes es de 68 por cien mil, en la construcción 58 por cien mil, en transporte 37 por cien mil y en la industria 14 por cien mil<sup>92</sup>.

La OIT estima que la tasa de accidentes en el trabajo en la población asegurada del Perú es 4.43 por ciento<sup>93</sup>, sin embargo esta cifra puede ser mayor por el subregistro existente.

En EsSalud durante los años 2000 a 2004 se ha registrado 14,137 accidentes de trabajo con una tasa de accidentes de 0.36 a 0.83 por ciento<sup>94</sup>, la diferencia con el estimado de la OIT puede estar ligada al sub-registro, al tipo de empresas afiliadas y a las medidas de protección y prevención de riesgos ocupacionales. En EsSalud los accidentes de trabajo se producen en mayor porcentaje en el sector manufacturero (24%) y la causa más común fueron golpes por objetos y caídas.

Grafico 1. ESSALUD: Causas de accidentes de trabajo, 2004



Fuente: Sistema de aviso de Accidentes de Trabajo-EsSalud

El Sistema de Vigilancia de Salud Ocupacional (SIVISO) de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del MINSA reportaron<sup>95</sup> 80 accidentes de trabajo el año 2004, 1350 el año 2005 y 2156 el año 2006. El agente causante predominante son las herramientas de trabajo (26%), las máquinas (12%) y los vehículos de transporte (8%).

La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud registró el año 2006 32,165 accidentes del total de afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (306,957 trabajadores afiliados). La tasa de accidentes fue de 10.48% mucho más que la registrada en EsSalud.

Sobre las enfermedades asociadas a la ocupación existe menos información en el país. EsSalud tiene un registro de los principales diagnósticos de sus asegurados y se destacan el trauma acústico, la dermatitis de contacto, resultados anormales en estudios funcionales de pulmón y el lumbago.

Enfermedades asociadas a la Ocupación en EsSalud. 1997-2003.		
Enfermedades asociadas a la Ocupación	Frecuencia	%
Efecto del ruido sobre el oído interno (Trauma acústico)	2259	62.7
Dermatitis de contacto	438	12.2
Resultados anormales en estudios funcionales del pulmón	76	2.1
Lumbago	73	2.0
Intoxicación por plomo	32	0.9
Dorsalgia	25	0.7
Hallazgo de niveles anormales de plomo en sangre	10	0.3
Otros diagnósticos	690	19.2
<b>TOTAL</b>	<b>3603</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: CEPRI LIMA EsSalud

Cabe mencionar que el listado de enfermedades profesionales vigente es obsoleto y desactualizado, fue elaborado en 1972 (con una actualización en 1989), sin embargo cuando entraron en vigencia las Normas Técnicas del Seguro complementario de Trabajo de riesgo (SCTR), quedó pendiente la publicación de la nueva relación de enfermedades profesionales, han pasado 10 años y todavía no se logra definir, con el evidente desfase entre las enfermedades reconocidas por la Ley como profesionales y el conocimiento científico actual.

La información sobre los costos de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales proviene de los regímenes de riesgos profesionales, que incluyen costos de atención de salud y de pensiones por incapacidad o defunciones. Sin embargo, no se conoce el costo por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales en los sectores no cubiertos por estos seguros, que presumiblemente son asumidos por los trabajadores y sus familias, las empresas y el estado<sup>96</sup>.

La OIT ha calculado que los costos totales de tales accidentes y enfermedades representan cerca del 4 por ciento del PIB mundial. La OIT estima, que en países en vías de desarrollo, el costo anual de los accidentes y enfermedades ocupacionales está entre el 2% al 11% del Producto Bruto Interno (PBI). En el Perú este costo anual es de aproximadamente \$ 50,000 millones de dólares americanos, es decir, entre \$1,000 y \$5,500 millones de dólares americanos mensuales<sup>97</sup>.

#### Acciones del Estado

El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo se encuentra comprometido con garantizar el cumplimiento de las normas laborales, reconociendo además los tratados y convenios internacionales (en total 58 instrumentos en el ámbito laboral) suscritos por el Gobierno peruano<sup>98</sup>.

El Estado tiene un largo historial en materia legislativa de Seguridad y Salud en el trabajo, que se remonta a 1911, cuando se dió la primera Ley sobre Accidentes de Trabajo, Ley N°1378.

En nuestra historia reciente, tenemos que el Instituto de Salud Ocupacional (INSO), que durante décadas fue pionero en la materia en Sur América, entre 1990 a 1994 sufrió cambios, integrándose a la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), en esta década el campo de la salud ocupacional fue minimizado por la corriente ambientalista.

<sup>92</sup> DIGESA(2005). Manual de Salud Ocupacional. Lima: Dirección General de Salud Ambiental.

<sup>93</sup> OIT. Perfil diagnóstico en seguridad y salud en el trabajo de los países de la subregión andina Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y la República Bolivariana de Venezuela, OIT, marzo 2007

<sup>94</sup> EsSalud. Tasa de accidentes en los asegurados. Estadísticas de la Gerencia Central de Seguros, 2000-2004

<sup>95</sup> Aliaga M. Sistema de Vigilancia de Salud Ocupacional. DIGESA-MINSA 2006.

<sup>96</sup> Informe del proyecto Sistematización de datos básicos sobre Salud de los trabajadores en países de las Américas. W.Varillas, G. Eijkemans, M. Tennessee. Organización Panamericana de la Salud - OPS, Organización Mundial de la Salud - OMS. División de Ambiente y Salud Programa de salud de los trabajadores, agosto, 1998. En [http://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehamrodatos.pdf](http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamrodatos.pdf). Último ingreso 14 de junio de 2007.

<sup>97</sup> Seguridad y salud en el trabajo: sinergia entre la seguridad y la productividad. Oficina Internacional del Trabajo. Consejo de Administración. Ginebra, marzo de 2006.

<sup>98</sup> MTPE (2006). Plan Sectorial 2006-2011. Empleo y derechos laborales para todos los peruanos. Lima: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



En la actualidad las responsabilidades en salud ocupacional del MINSA las asume la Dirección General de Salud Ambiental - DIGESA - a través de su Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional - DESO, en su calidad de órgano técnico-normativo y en el Instituto Nacional de Salud - INS - mediante su Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud - CENSOPAS, en su calidad de órgano dedicado a la investigación en la materia.

Adicionalmente, en el Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo, a partir de marzo del 2004 se constituyó la Dirección de Protección del Menor y de la Seguridad y Salud en el Trabajo, que depende de la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo de Lima y Callao. Este es un órgano especializado que supervisa el cumplimiento de las normas sobre seguridad y salud en el trabajo como medio de prevención de riesgos ocupacionales. Está conformada por la Sub-Dirección de Inspección de Seguridad y Salud en el Trabajo; la Sub-Dirección de Registros, Capacitación y Difusión de Seguridad y Salud en el Trabajo; y, la Sub-Dirección de Protección del Menor en el Trabajo.

El Perú, con relación al tema de seguridad y salud en el trabajo, tiene dos actores principales: el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo, cada uno con leyes diferentes, pero con un objetivo común velar por la seguridad y salud en el trabajo, tan postergada en la década pasada.

Esta Rectoría compartida pero no consensuada ocasiona una legislación fragmentada, en normas específicas por sectores productivos (Reglamento de seguridad e higiene ocupacional del subsector electricidad, Reglamento de Seguridad e Higiene Minera), en normas generales, como el reciente Reglamento de Seguridad e Higiene en el trabajo que aplica para todas las actividades productivas, incluidas la Minería y el subsector eléctrico; en Normas que tienen diferentes rangos y alcances. Cabe destacar, el caso de del sector Minería y el subsector electricidad, donde además de los dos Ministerios nombrados también se incluye el Ministerio de Energía y Minas (merced a sus reglamentos particulares que así lo disponen)

Del total de 20 Normas que versan sobre Seguridad y Salud en el trabajo, 4 están referidas a Aseguramiento de trabajadores (por riesgo de trabajo), 10 sobre Seguridad y Salud, 3 sobre Salud general y relacionada con riesgo de trabajo y 3 sobre Seguridad en el trabajo.

La Ley de Modernización de la Seguridad Social (1997) marcó un hito en la forma como se manejó hasta ese momento todo lo referente al Aseguramiento y a la Prevención en materia de salud y seguridad laboral.

Con el Reglamento del Seguro complementario de Trabajo de riesgo (1998), se dio inicio al aseguramiento privado y el tema preventivo en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales saltó a la palestra.

Más recientemente, el 29 de septiembre del 2005, fue promulgado el DS 009-2005 TR, que aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo.

El Reglamento es aplicable a todos los empleadores y trabajadores de todos los sectores económicos bajo el régimen laboral de la actividad privada (servicios, industria, educación, pesca, confecciones, etc.), no sólo a aquellos que cuenten con norma especial sobre el tema, como los ya mencionados: electricidad o minería.

El Reglamento otorgó a los empleadores un plazo de adecuación de 18 meses, contado a partir del 30 de septiembre de 2005, que vencería el 29 de marzo del 2007, sin embargo ha sido prorrogado hasta octubre del 2007.

Básicamente el Reglamento plantea que todo empleador está obligado a implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, lo que supone, al menos, lo siguiente: llevar registros de accidentes y enfermedades profesionales, desarrollar actividades preventivas tanto en seguridad como en salud, implementar comités de seguridad y salud, con participación de los trabajadores.

Faculta al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y al Ministerio de Salud, a realizar inspecciones para verificar el cumplimiento del mismo, así como a sancionar pecuniariamente a las empresas que incumplan.

### Sector Informal

Un problema fundamental es la informalidad del sector, el Banco Mundial el año 2002 ubicó al Perú en el quinto lugar de países con economía informal. La OIT ha definido el sector informal como aquellos que producen y/o distribuyen a pequeña escala productos y servicios, son independientes, autoempleados, trabajan en áreas urbanas y rurales de países en desarrollo, muchas veces emplean a miembros de su familia o tienen unos cuantos empleados, operan con un pequeño capital<sup>99</sup>.

Según la OIT, los nuevos empleos que se están generando son en su mayoría de baja calidad. De cada 100 nuevos puestos de trabajo, 85 son en el sector informal. Más aún, los fenómenos de terciarización y la informalización de la estructura de los empleos afectan seriamente a la calidad de los mismos y a la equidad en materia de acceso a los servicios y distribución social más equitativa de la riqueza<sup>100</sup>.

Por lo cual, es urgente favorecer la ampliación de cobertura en el sistema general de riesgos profesionales, establecer políticas y definir acciones de promoción para la seguridad y la salud en el trabajo, así como la prevención de los riesgos ocupacionales en las poblaciones laborales vulnerables.

De igual forma la Legislación actual es discriminatoria, al establecer que solo un grupo de actividades representan un riesgo para la Salud y Seguridad en el trabajo (DS 009-98 SA, Normas del Seguro complementario de trabajo de riesgo), entrando en contradicción, cuando otra Norma establece que todas las empresas, independientemente de la actividad que realicen, deben contar con Sistemas de gestión para la Prevención de Accidentes y Enfermedades en el Trabajo.

<sup>99</sup> INTERNATIONAL OSH PROGRAMME ON THE INFORMAL SECTOR. W. D. Salter ILO South-East Asia and the Pacific Multidisciplinary Advisory Team Manila, Philippines.

<sup>100</sup> PLAN REGIONAL EN SALUD DE LOS TRABAJADORES. Programa en Salud de los Trabajadores (OCH) Programa sobre Calidad Ambiental (HEQ) División de Salud y Ambiente (HEP) Washington, D.C., Estados Unidos. 21 Mayo 2001.



# ANEXOS

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

### Recursos Humanos en Salud Ocupacional

En lo referente a capacitación profesional tanto en pregrado como en postgrado, el país cuenta con<sup>101</sup>.

#### Pregrado:

Universidad Nacional de Ingeniería. Facultad de Ingeniería de Higiene y Seguridad Industrial. Grado académico: Ingeniero.

#### Postgrado:

Maestría de Salud Ocupacional y Ambiental (antes Salud Ocupacional) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Grado académico: Master  
Residentado Médico de Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Grado Académico: Médico del Trabajo.  
Diplomado Médico en Seguridad Ocupacional y Ambiental, de la Escuela de Salud Pública. Certificado de Especialidad.

#### Formación Técnica:

Existen Institutos tanto públicos como privados, especializados en la formación de este personal y que están incorporando aspectos de seguridad industrial en su formación.

La OIT en el Perfil diagnóstico en seguridad y salud en el trabajo de los países de la subregión andina Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y la República Bolivariana de Venezuela, menciona que para determinar la disponibilidad de recursos humanos, en Salud Ocupacional envió una encuesta a 9 informantes claves por país; en relación al Perú, concluyó que la dispersión de la información era muy grande y recomendó que se elabore un registro sistemático de los profesionales que laboran en SST.

### Seguridad Alimentaria

#### Situación actual

La seguridad alimentaria es concebida en tres componentes fundamentales: el acceso, el uso y la disponibilidad de alimentos. La disponibilidad esta definida como la existencia de alimentos suficientes para cubrir las necesidades nutricionales, el acceso como la capacidad de poder adquirir los alimentos, ya sea el comprándolos o produciéndolos, y el uso como la realización de buenas prácticas de alimentación junto con las condiciones adecuadas de salud e higiene que reduzcan las enfermedades que limitan el buen aprovechamiento de los nutrientes por el organismo.

El País tiene una Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria en la cual ha definido objetivos centrales en la mejora de la seguridad alimentaria. Los indicadores centrales definidos son la reducción de la desnutrición crónica, que actualmente se halla en 24,1%, hasta alcanzar el 15% en el 2015 con énfasis en cerrar la brecha entre lo urbano y lo rural y la reducción de la deficiencia de micronutrientes prioritariamente la anemia en niños y gestantes, que actualmente afecta al 46,2% y 34,2% respectivamente, hasta alcanzar el 20% en ambos casos para el 2015.

### Seguridad Ciudadana

#### Situación actual

En el Perú, según la encuesta de victimización realizada por el Instituto Apoyo, a fines de 2005, entre 33 y 60% de los entrevistados, según la ciudad, mencionaron la falta de seguridad como uno de los principales problemas del país. Esta percepción fue similar en todos los niveles socioeconómicos, grupos de edad y género<sup>102</sup>.

Adicionalmente, según la encuesta, entre 20 y 25% de los habitantes de Lima, Cusco, Arequipa y Trujillo, creía muy probable que en los próximos 12 meses fuera víctima de algún delito. Asimismo, entre 81 y 92% de los entrevistados, según la ciudad, pensaba que en los últimos años el delito en el Perú había aumentado.

Finalmente, respecto a las tasas de victimización por delitos en los últimos 12 meses, entre 20 y 30% de los propietarios de vehículos automotores fueron víctimas de robo de autopartes. Le sigue en frecuencia, aunque con concentraciones de victimización que varían de ciudad en ciudad, el robo sin violencia, la tentativa de robo de vivienda y el robo de vivienda, como puede apreciarse en la siguiente tabla.

Prevalencia de victimización en los últimos 12 meses  
(entre octubre de 2004 a septiembre de 2005), según ciudad

	Lima	Arequipa	Cusco	Huamanga	Iquitos	Trujillo
Robo de vivienda	8	8	10	11	14	8
Tentativa de robo de vivienda	14	13	18	13	16	13
Robo de vehículo automotor**	2	0	1	2	0*	5
Robo de autopartes**	20	26	27	28	14*	21
Robo con violencia	8	8	6	5	2	9
Robo sin violencia	13	14	18	10	12	12
Amenazas	8	11	13	12	8	9
Lesiones	5	5	7	7	4	5
Ofensas sexuales	3	2	3	2	2	1
Secuestro	0	0	0	0	1	0

Base: Total de entrevistados (7011)

\*Base estadísticamente no representativa.

\*\* Base: Total de entrevistados que son propietarios de los diferentes bienes.

No obstante, los porcentajes de denuncia, dependiendo de la ciudad y el tipo de delito sufrido, son inferiores a 20%. Sólo en los casos de robo de vivienda y lesiones, por su gravedad, superan el 30%, sin llegar a ser mayoritarios.

Porcentaje de denuncia,  
según tipo de delito y ciudad

	Lima %	Arequipa %	Iquitos %	Huamanga %	Cusco %	Trujillo %
Robo de vivienda	37	31	17	16	43	29
Tentativa de robo de vivienda	12	12	7	7	14	12
Robo de objeto de vehículos automotores**	18	-	-	-	-	-
Robo con violencia	19	23	-	-	17	14
Robo sin violencia	9	11	11	3	13	10
Amenazas	25	21	25	22	18	29
Lesiones	33	-	-	29	27	-

Base: Total de entrevistados que ha sido víctima de delitos en el último año

<sup>101</sup> Perfil diagnóstico en seguridad y salud en el trabajo de los países de la subregión andina Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y la República Bolivariana de Venezuela, OIT. Marzo 2007

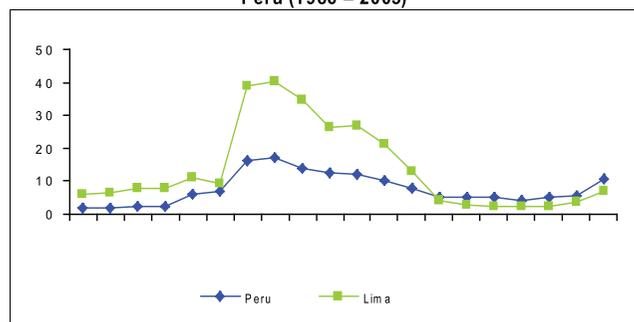
<sup>102</sup> Estas cifras han sido corroboradas por diferentes encuestas de opinión realizadas posteriormente.

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



De otro lado, según datos tomados de los anuarios estadísticos de la Policía Nacional del Perú, las tasas de homicidios en Lima y a nivel nacional vienen incrementándose, de manera importante, desde 2002 hasta la fecha. Entre 2004 y 2005, el incremento fue de 100% (en algunas regiones fue superior a 200%).

Tasa de Homicidios a Nivel Nacional  
Perú (1986 – 2005)



Fuente: Regiones PNP. Cálculos realizados por Ana María San Juan.  
Tasas por cien mil habitantes

Los problemas no tienen impacto sólo en lo social, debido a sus costos públicos y privados y a sus efectos en el ahorro y la inversión nacional y extranjera, también los tienen en las posibilidades de la lucha contra la pobreza y en el desarrollo. Sólo en la ciudad de Lima, los costos directos de la violencia, aquellos generados en el intento de controlarla o de hacer frente a sus consecuencias, ascendieron, en 1996, al 0.74% del PBI Nacional; los costos por años de vida saludable perdidos representaron entre 0.22 y 0.90% del PBI; y el valor de los bienes robados o destruidos, el 0.3%. En suma, los costos generados por la inseguridad representan entre 1.27 y 1.95% del PBI Nacional, los que, comparados con el 6.1% que en promedio se asigna al gasto social, resultan sumamente altos. Con todo, quizá sean más importantes, para el crecimiento económico, aunque menos evidentes, los efectos que tienen en el desarrollo de capital humano, en la participación en el mercado laboral, en la productividad y ausentismo, y en los ingresos de las personas afectadas.

Además, algunas investigaciones vienen demostrando que la inseguridad afecta más los bienes de los más pobres (en particular su capital social) que los de otros grupos, agravando los problemas de la pobreza y la desigualdad social. Así, la inseguridad, la pobreza y la desigualdad se reúnen en un nuevo círculo vicioso que se retroalimenta a sí mismo.

### La respuesta social del sector Salud

Si bien, en general, la respuesta del sector salud ha sido fundamentalmente reactiva y terapéutica, su aporte en la comprensión de los fenómenos y el desarrollo de políticas y acciones de prevención resulta indispensable. Así lo reconoce el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS (2002), en las recomendaciones que propone a los Estados Miembros: 1) Crear, poner en marcha y supervisar un plan nacional de acción para

prevenir la violencia; 2) mejorar la capacidad para recolectar datos sobre violencia; 3) definir prioridades y fomentar la investigación de causas, consecuencias, costos y prevención de la violencia; 4) promover la prevención primaria; 5) reforzar las respuestas a las víctimas de violencia; 6) integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas, promoviendo al mismo tiempo la igualdad social y entre los sexos; 7) incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia; 8) promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos, y 9) buscar en el ámbito internacional respuestas prácticas y consensuadas al tráfico mundial de drogas y de armas.

Tasa de Homicidios por Departamento  
Perú (1998 – 2006)

Departamento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL	7,9	5,1	5,0	4,9	4,2	4,9	5,5	10,6	11,5
Amazonas	11,6	20,7	14,8	10,7	9,8	4,7	6,3	26,4	24,8
Ancash	6,9	4,6	6,4	8,1	5,5	4,5	5,4	6,3	14,1
Apurímac	4,2	1,8	2,9	3,7	3,9	8,2	4,2	6,0	19,0
Arequipa	3,1	3,1	5,5	3,8	5,3	6,9	8,1	20,6	22,1
Ayacucho	1,3	2,5	4,7	8,3	5,1	5,6	6,3	11,0	8,5
Cajamarca	2,3	4,2	6,4	9,1	5,3	4,6	4,5	6,0	10,8
Cuzco	6,1	6,6	9,1	7,1	5,7	6,0	4,2	38,6	21,6
Huancavelica	3,8	1,9	0,9	3,2	0,2	0,5	0,0	1,9	7,5
Huanuco	9,3	7,7	11,9	10,1	7,6	3,4	13,9	18,2	9,0
Ica	2,6	5,7	2,3	1,6	2,5	9,0	3,8	11,7	5,8
Junín	5,6	6,0	5,6	4,0	5,4	3,1	4,0	8,3	12,5
La Libertad	13,3	10,6	8,1	6,8	8,4	14,3	14,8	17,6	16,9
Lambayeque	9,2	7,4	6,5	5,4	2,9	11,7	8,6	12,9	15,6
Lima	13,1	4,0		2,5	2,4	2,5	3,7	6,8	7,4
Callao	2,0	3,2	3,0 c/	2,9	2,0	2,0	6,2	4,9	6,0
Loreto	2,1	1,0	1,7	1,9	1,1	1,7	1,4	1,8	11,5
Madre de Dios	3,4	2,2	2,1	17,6	9,0	13,1	2,9	7,4	3,9
Moquegua	6,9	2,1	2,0	5,2	1,9	3,2	3,7	8,4	7,8
Pasco	7,9	1,6	0,4	8,1	2,3	3,0	0,4	0,7	7,9
Piura	5,2	4,4	2,9	5,0	5,3	4,9	5,0	6,0	7,3
Puno	5,4	4,6	2,0	1,4	2,1	2,8	3,5	11,4	11,8
San Martín	7,3	8,2	13,1	10,1	10,0	9,9	7,2	10,7	16,8
Tacna	1,9	5,9	11,8	8,7	3,7	3,1	9,7	20,1	22,7
Tumbes	3,3	6,4	4,4	6,1	3,0	4,0	4,3	10,2	7,8
Ucayali	6,7	6,5	6,1	7,8	7,9	5,7	6,0	4,0	12,5

Fuente: Regiones PNP. Cálculos realizados por Ana María San Juan.

a/ Tasa por cien mil habitantes.

b/ Información extraída de Perú en Números 1989 – 1997, citado por Piqueras Manuel, *Buen gobierno, seguridad pública y crimen violento* (1998).

c/ En 2000 el registro por regiones de la PNP totaliza conjuntamente la región de Lima y Callao, por lo que se calcula así la tasa.

## Educación

### Situación actual

La matrícula en educación formal ha tenido una expansión constante en el siglo pasado. Podemos decir que actualmente un tercio de la población del país está matriculado en la educación básica, la educación técnico productiva y la educación superior. Este resultado obedece a un estilo de expansión, que no pudo garantizar la calidad y la equidad. Por ello los Ministros de Educación de América Latina y el Caribe, a fines de la década del 80 del pasado siglo, lo calificaron como un modelo agotado. A este modelo se lo caracteriza como de "expansión lineal", según el cual a la demanda social se le responde con más escuelas, más locales, más docentes.

Un rasgo, frecuentemente olvidado es que la matrícula en el área rural, si bien en proporción, es cada vez menor, su número es muy importante. De igual manera en esta área se cuenta con un profesorado de más de 100,000 docentes y si se observa el número de instituciones educativas es mayor que en el área

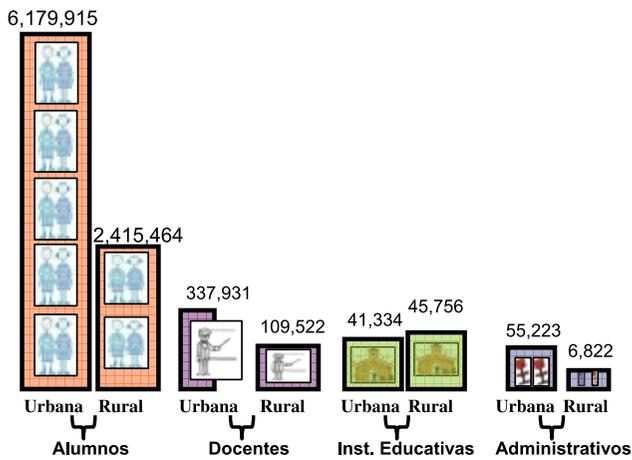


# ANEXOS

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

urbana. Ello debido a las numerosas escuelas con aulas multi-grado. En el siguiente gráfico se muestra claramente la enorme amplitud que ha adquirido el sistema educativo formal en el país, constituyendo la mayor red institucional permanente con que contamos.

Alumnos, Docentes, Instituciones Educativas y Administrativos, según área de residencia



MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Estadística Básica 2005

### La expansión por niveles y modalidades

La organización de un sistema tan vasto responde a múltiples demandas sociales y diversos sujetos. Por ello es un sistema complejo. Sobre todo, en las grandes ciudades desarrollo la totalidad de los servicios. Las tendencias de la matrícula en el periodo 1998-2005 muestra ya expresiones de cambio de la tendencia de expansión, que caracterizo a todo el sistema educativo.

El cuadro siguiente muestra varias características importantes de ese sistema educativo nacional.

- La matrícula global tiende hacia su estabilización, su velocidad de expansión se viene reduciendo, en función de que la ampliación es más compleja una vez alcanzados niveles altos y también en función a la tendencia demográfica.
- La educación inicial se expande aún pues hay un déficit de atención. Además es importante su casi inexistencia entre 0 y 2 años. En el cuadro siguiente, podemos observar la atención no- escolarizada pues es amplia en este nivel y donde se hace una mínima inversión. La expansión de la educación inicial es lenta en relación al déficit actual que hay que cubrir y tomando en cuenta su importancia formativa.
- En la educación primaria se produce un vuelco histórico, pues se acaba la expansión y empieza la disminución de la matrícula, adelantándose en ello a los otros niveles de la educación básica. Actualmente se reduce la matrícula en educación primaria debido a la transición demográfica. La actual población por edades se muestra en el siguiente cuadro. La reducción de la matrícula se produce en la educación pública, que aparece como una opción poco atractiva.
- El nivel más dinámico en la matrícula en la educación básica es la educación secundaria. Debemos señalar que en la década pasada la expansión fue alta en el área rural.
- La matrícula en Institutos Superiores Pedagógicos viene reduciéndose de manera sostenida. Ello expresa una pérdida

de atracción de la profesión docente.

FORMA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 1998-2005.

Nivel / Modalidad	1998	2000	2002	2004	2005	Variación 2005-2004	Variación % 2005/1998
Total	8,140,939	8,435,879	8,596,752	8,596,705	8,595,379	-1,326	5.58%
Educación Inicial	1,050,741	1,093,870	1,110,962	1,138,137	1,171,610	33,473	11.50%
Escolarizada	711,829	757,028	765,731	839,332	847,911	8,579	19.12%
No Escolarizada	338,912	336,842	345,231	298,805	323,699	24,894	-4.49%
Educación Primaria	4,288,442	4,323,794	4,270,162	4,164,475	4,106,899	-57,576	-4.23%
Educación Secundaria E. Superior No Universitaria	2,211,825	2,373,373	2,538,889	2,603,091	2,630,740	27,649	18.94%
Formación Magisterial	331,426	359,783	380,984	390,734	384,956	-5,778	16.15%
Formación Tecnológica	120,182	118,099	114,927	112,580	102,519	-10,061	-14.70%
Formación Artística	203,257	233,911	257,430	289,759	274,338	-4,579	34.97%
Otras Modalidades	7,987	7,773	8,627	8,395	8,099	-296	1.40%
Educación Especial	258,505	285,059	295,755	300,268	301,174	906	16.51%
Educación Ocupacional	25,515	30,834	28,157	27,531	28,072	541	10.02%
	232,990	254,225	267,598	272,737	273,102	365	17.22%

Nota : No se incluye la matrícula en universidades.

Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN- Estadística Básica 1998-2005.

- La matrícula en Institutos Superiores Tecnológicos (IST) tiene el crecimiento más alto del sistema. Su crecimiento se realiza con una amplia oferta privada. Por acción de supervisión del Ministerio de Educación (MINEDU), algunas decenas de Instituto Superior Tecnológico han dejado de funcionar. Este servicio provee parte de los profesionales del Sector Salud.
- La Matrícula en Educación Técnico Productiva (con denominación de ocupacional) también tiene un crecimiento y constituye una oportunidad de equidad para población en condición de pobreza.
- En Educación Especial, la matrícula sube pero muy lentamente. Las personas con necesidades especiales están cubiertas de manera muy limitada respecto de la demanda, como se verá más adelante.

### Variación de instituciones educativas de primaria

La muy alta cantidad de centros educativos y programas, no corresponde a locales escolares, pues se dan casos de que diversos programas educativos funcionen en una misma instalación.

Un aspecto a resaltar en cuanto a las instituciones educativas es su diferente carácter según la disponibilidad de docentes por grado. En educación primaria tenemos las escuelas polidocente completo, con al menos un docente por grado. Son las que en el país atienden mayor número de alumnos, pero no constituyen el mayor número de instituciones. En el año 2003 llegaban a 10,190 instituciones. Las más numerosas son las instituciones polidocente multigrado, en las cuales más de un docente de la institución atiende dos o tres grados. Son las más numerosas, con fuerte presencia en el área rural. El año 2003 sumaban 14,737, la mayoría en el área rural. La unidocente, atiende todos los grados por un mismo docente. Eran 9,087 el año 2003 la gran mayoría en el área rural.

### Cobertura y brechas de atención

Es muy importante que se reconozca la demanda de atención no incorporada al sistema, que aún tiene el sector educación. Sobre ello es claro como que los estudiantes de familias de mayores ingreso y urbanos están en edad y en grados correspondientes a las normas. Si se fija la atención a la cobertura se observa la diferencia entre los matriculados en el sistema y los que lo hacen en su grado. Es la diferencia ente la cobertura total y la neta. Es particularmente fuerte en la población entre 12-16 años.

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



RESULTADOS ENAHO 2006		
	COBERTURA TOTAL	COBERTURA NETA
<b>3 A 5 AÑOS</b>		
TOTAL	69.7	59.5
URBANO	79.3	69.4
RURAL	57.6	47.0
<b>6 A 11 AÑOS</b>		
TOTAL	97.8	93.1
URBANO	98.9	93.8
RURAL	96.4	92.2
<b>12 A 16 AÑOS</b>		
TOTAL	88.8	72.6
URBANO	93.1	83.4
RURAL	82.3	56.4

Nota: La Base ENAHO 2006 ha sido entregada por el INEI sin incluir la variable pobreza Tomado de Unidad de Estadística, MED. 2007

También resalta como expresión de desigualdad la diferencia entre la cobertura entre el área rural y urbana, salvo par la educación primaria. En términos absolutos, con cifras del año 2002, teníamos que entre 3-5 años había 726,353 niños y niñas sin atención en el sistema. Incluso en educación primaria, siendo la de mayor cobertura, para su rango de edad de 6-11 años los que no asisten a la escuela eran 182,018.

### Indicadores de inequidad

Desde la educación inicial, la desigualdad marca el destino educativo y las brechas continúan siendo mayores según la condición social. La desaprobación y el retiro, que son pronunciados, y sobre todo en pobreza o pobreza extrema aumenta fuertemente la extraedad. Estos sucesos de fracaso escolar, son el preámbulo, para que una parte de los estudiantes sea excluido del servicio. Esa situación conocida como “deserción”, implica, que el estudiante no retoma la matrícula un vez que ha sido desaprobado o se retiro el año académico anterior.

Con cifras de hace unos años, el cuadro siguiente<sup>103</sup>, compara varios indicadores importantes de eficiencia en relación a la condición de pobreza. Hay una relación directa de resultados educativos con respecto de la condición de pobreza.

Nivel de Pobreza	Tasa de Cobertura <sup>1</sup>		Extra Edad <sup>2</sup>	Desaprobación <sup>3</sup>	Retiro <sup>3</sup>	Tasa de Conclusión <sup>4</sup>
	Total	Neta				
<b>Inicial</b>						
No Pobre	75.9	66.5				
Pobre	64.0	54.8				
Pobre Extremo	43.5	35.7				
<b>Primaria</b>						
No Pobre	98.6	93.9	25.5	5.3	2.3	86.6
Pobre	96.6	93.4	48.6	10.7	5.7	73.1
Pobre Extremo	92.7	90.0	60.6	15.0	11.1	53.7
<b>Secundaria</b>						
No Pobre	91.8	83.4	36.0	9.6	4.1	68.0
Pobre	86.8	71.3	52.3	10.3	6.7	45.0
Pobre Extremo	75.5	47.9	67.9	11.4	10.1	17.4

Fuente: Ministerio de Educación, Indicadores de la Educación Perú 2004

- 1 Datos del 2003, medidos con relación a los siguientes rangos de edad 3 a 5, 6 a 11, 12 a 16
- 2 Datos del 2002
- 3 Datos del 2001
- 4 Datos del 2003, en primaria el rango de edades es de 11 a 13 años y en secundaria de 16 a 18 años

### Equidad de género

En las políticas nacionales y los compromisos internacionales se insiste en reconocer una tendencia positiva en el acceso al servicio educativo, avanzando en “equiparidad” de participación de niñas y niños. Por otro lado, es importante que se esté dando un paso más en cuanto a los aprendizajes. Las pruebas nacionales muestran que en comunicación las adolescentes logran un ligero mejor desempeño mientras que en matemáticas los adolescentes tienen mejores rendimientos.

Pero la equiparidad y los rendimientos no significan todo el avance deseable en calidad, beneficios y prestigio. Por ello, está pendiente ampliar la igualdad de oportunidades a cuestiones como el igual trato de los docentes, la superación de los estereotipos, la protección de las niñas embarazadas y otros aspectos, como la distribución la población femenina y masculina por tipos educación superior y carreras.

La comparación entre niñas y niños muestra que, a nivel nacional, hay progresos hacia una casi igualdad entre géneros en el caso de la educación primaria, y una diferencia en secundaria en perjuicio de las niñas.

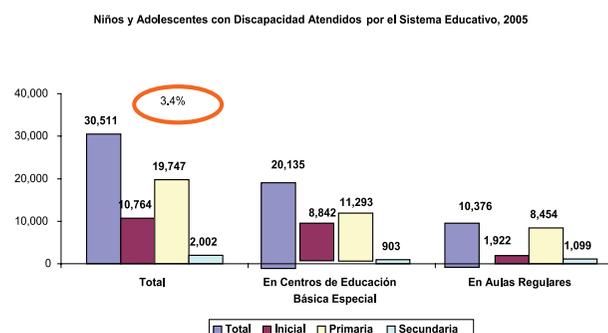
Tasa neta de cobertura		2003
Primaria	Femenino	92.1
	Masculino	93
	Total	92.5
Secundaria	Femenino	68.1
	Masculino	71.4
	Total	69.8

Fuente: MED. Unidad de Estadística. Informe de la Educ. Perú 2004 Tomado de Plan Nacional de Acción de Educación para todos, p.73

### Educación Especial

Esta modalidad de la educación básica ha tenido una actualización en la legislación educativa que recoge entre sus puntos más importantes esta el planteamiento de la inclusión en la escuela regular de los alumnos con necesidades educativas especiales.

La atención de las escuelas sólo cubre al 3.4 % de la niñez y adolescencia con discapacidad. Dentro de la población atendida, sólo un tercio esta incorporado a aulas regulares.



Fuentes: Ministerio de Educación—Estadística Básica 2005 y Organización Panamericana de la Salud—Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Rehabilitación (1993). \*Prevalencia de las Deficiencias, discapacidades y minusvalías en el Perú

<sup>103</sup> Neride Sotomarin, Equidad y Políticas Educativas en el Perú. Seminario Equidad. Desarrollo y Políticas Educativas en el Perú. Octubre, 2005. Lima



# ANEXOS

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes

### La Educación Comunitaria

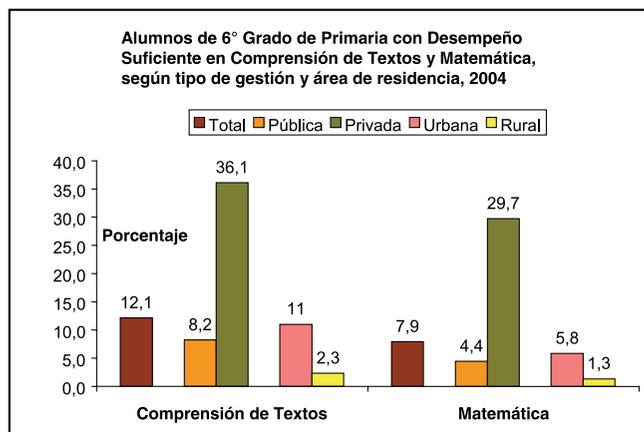
El aprendizaje durante toda la vida y en diferentes ámbitos, que la Ley General de Educación (LGE) hace suyo, busca que se vivan en la experiencia social los valores democráticos y de convivencia. Con ello la sociedad deviene en educadora. Si bien las normas indican que el sistema educativo tiene que propiciar un ambiente favorable al aprendizaje, es una dimensión que tiene a desaparecer frente al proceso educativo formal. Su importancia es sin embargo en muchas circunstancias mayor que la educación formal si se busca cambiar la cultura de crianza y de cuidado del medio ambiente.

### La baja calidad y la desigualdad: logros de aprendizajes

Las mediciones nacionales son una parte de la aproximación al conocimiento de la realidad de la educación y por ello limitadas para comprender todo el proceso educativo, pero aún relativizando sus resultados, revelan las grandes magnitudes de la desigualdad y esas comparaciones que nos alertan sobre problemas de aprendizajes relacionados a la condición de pobreza.

Las mediciones nacionales, realizadas por la Unidad de Medición del Ministerio de Educación, presentan resultados pobres en rendimiento en la casi totalidad del sistema educativo. El gráfico siguiente muestra como las brechas en rendimiento son muy grandes cuando el rendimiento de los estudiantes es comparado entre las escuelas de área rural o urbana. De igual manera la brecha es grande al comparar el rendimiento según tipo de gestión, sea pública o privada. Igual realidad se refleja en cuadros donde directamente se considera la condición de pobreza. La consistencia de estas brechas se da en la medida en que los sectores en pobreza son los que mayoritariamente asisten a la escuela pública que educa en condiciones de precariedad institucional y con muchos maestros, con débil cultura pedagógica.

Situación actual de logros de aprendizaje en 6° de primaria



Fuente: MINISTERIO DE EDUCACION - UMC - Evaluación Nacional de Rendimiento 2004.  
Elaboración: MINISTERIO DE EDUCACION - Unidad de Estadística Educativa.

Estas deficiencias, en los aprendizajes señalados ponen en el tapete como el conjunto de la escuela no está diseñada en función del alumno y de logros de competencias necesarias al desempeño en la escuela y en diversa esferas de la vida de ciudadanos.

Este bajo desempeño es parte del problema mayor de un incumplimiento de la función social de la escuela. El proyecto Educativo Nacional lo sintetiza de la siguiente manera.

“La defraudación de la promesa de la “educación de calidad” ha permitido que se haga más evidente la desigualdad entre los peruanos, haciendo que se vea -en un sentido general- más sombrío el futuro de nuestro país. Las numerosas y viejas fallas y distorsiones de la educación peruana, nos llevan a poner más énfasis en la necesidad de un cambio integral y estructural. Así como en la urgencia de empezarlo cuanto antes.”

### El Perú cuenta con una política pública en educación

La Ley General de Educación (LGE) es una importante actualización de la política educativa nacional y de la organización del sistema educativo nacional. Luego con el reconocimiento oficial del Proyecto Educativo Nacional por el Gobierno Peruano y por el Foro del Acuerdo Nacional, se dispone de políticas concertadas, largamente preparadas por grupos plurales. Las propuestas de política educativa se han enriquecido con los procesos que se generan en el marco de la descentralización del país.

Estas políticas han tomado en cuenta los compromisos sociales internacionales del Estado Peruano, y los han enriquecido. Uno que incluye a los sectores de educación y salud son los Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) en el 2000. Sin embargo este compromiso está muy relacionado a otro, de 1990, que es sectorial pero importante, “La Declaración de Educación para Todos”. Por otro lado la Reunión de Dakar, en el 2000, a diez años de Educación para Todos, reconoce lo poco avanzado, y se formulan 6 objetivos para un nuevo tramo hasta el 2015.

### La educación y las desigualdades sociales

La preocupación sobre la calidad de los aprendizajes, ha venido substituyendo a la de la ampliación del servicio educativo. La expansión ininterrumpida durante muchas décadas lleva a focalizar hoy la atención en los logros de aprendizajes, la formación de las personas y la respuesta a demandas de desarrollo social y económico.

Las mediciones internacionales y nacionales de aprendizajes estableciendo ranking, aumentan, así como la discusión sobre las brechas entre los países y al interior de ellos. Los resultados de esas mediciones han llevado a una mayor conciencia de como la desigualdad social, económica y cultural en nuestros países es el principal componente de la explicación de la diversidad de resultados en la mediciones de rendimientos escolares.

Ello lleva a mirar con más atención y amplitud sobre como las causas del fracaso escolar, las que son múltiples estando interrelacionadas con otros aspectos como la salud.

En el sistema educativo, las desigualdades tienen aún como expresión, la exclusión del acceso a la escuela de sectores significativos de la infancia y la adolescencia. Para muchos la exclusión se realiza al interior del sistema educativo por la baja calidad de la educación que reciben particularmente los sectores en pobreza.

## Anexo 3: Principales Problemas de los Determinantes



### Revalorización de la educación básica

Una de las orientaciones más valiosas hoy día en la educación internacional, es la revalorización de la educación básica de la niñez, la juventud y las personas adultas. Es un tema fundamental de la política educativa. Se requiere fortalecer la educación básica para jóvenes y adultos para apoyarlos a situar su vida personal en un contexto cambiante y conflictivo y para tener flexibilidad para readaptarse, reeducándose.

Esta respuesta de la educación básica, sin embargo, puede entenderse de muchas maneras. Por ello Educación para Todos propuso, en 1990, “satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje”, no sólo aprobar años de estudio en el sistema y obtener certificados. Se proponen aprendizajes en el uso de herramientas para la comunicación y el razonamiento matemático, así como contenidos en conocimientos, valores y actitudes. Esos saberes son diferentes según el tiempo y la realidad social y cultural. Se satisfacen de maneras diversas. Quien se beneficia de la educación básica se debe comprometer a velar por una sociedad más justa y a enriquecer la propia cultura. La educación socializa a la persona y enriquece el entorno para la participación de las personas y los colectivos en los múltiples ámbitos de la vida social, como cuidado del medio ambiente, la nutrición adecuada y la vida saludable.

De otro lado, la Comisión Internacional de la UNESCO, presidida por J. Delors, propuso también una respuesta a los desafíos de la globalización. En el Informe Delors, sobre la base de considerar los cambios sociales, la mundialización y el fracaso

escolar, se propone volver a lo fundamental, es decir, a los aprendizajes esenciales. Aprendizajes que permitan la agilidad para desenvolverse en el cambio. Entre los aprendizajes esenciales están: aprender a conocer, que implica la formación general y después insistir en la educación especializada. Se habla también de aprender a hacer, que implica capacidad de resolver situaciones imprevistas y trabajar profesionalmente. Se trata también de aprender a convivir, que implica entender a los otros distintos, y también hacer proyectos comunes. Y por último, de aprender a ser, donde se recoge todo este tema de la personalidad y la autonomía que es fundamental como elemento de la problemática educativa.

En estos enfoques de la educación básica, se plantea claramente la dimensión social del proceso educativo. Esa mirada de la educación básica, no se puede hacer en la escuela sola, ni están implicadas en ella, sólo la niñez. La escuela formal no puede hacerse cargo de la educación ciudadana, de la educación ética, el manejo de la lengua, los criterios de una vida saludable, sin los procesos de intervención de los padres y madres que las transmiten y proponen, así como de los otros agentes sociales. La educación básica, en esta lógica, nos saca de la escuela y lleva a revalorizar los otros espacios e influencias formativas no escolares.

Una mayor reflexión sobre la educación básica debe contribuir a enriquecer las políticas para cumplir con el derecho a una educación de calidad para todos y todas. Asimismo debe profundizar la relación entre los objetivos educativos y los sociales, más amplios como la salud, la lucha contra la pobreza y cuidado del medio ambiente.







## LISTA DE FACILITADORES NACIONALES

DR. JOSÉ SEBASTIÁN MESONES  
DR CESAR BONILLA ASALDE  
DRA LUCY DEL CARPIO ANCAYA  
LIC. MARÍA MENDOZA ARAUJO  
LIC. LAURA CAVERO MUÑOZ  
DRA. LUCIA SOLIS ALCEDO  
LIC. ROSARIO IQUE RÍOS  
LIC. LAURA VERAMENDI BENITES  
LIC. MARÍA FLORES RAMÍREZ  
LIC. MÉRIDA GÓMEZ VERGARAY  
ODONT. JIM ROMERO LLOCLLA

LIC. DORIS CÁCERES RAMÍREZ  
LIC. CESAR ISIQUE FARROÑAY  
LIC. GRICELDA SILVA CUADROS  
PS. MARIAELENA MORANTE MACO  
LIC. JULIA TAPIA ALLPA  
LIC. ROSA DEL PIÉLAGO CÁRDENAS  
DR. EDSON VALDIVIA VERA  
DR. JAIME NOMBERRA CORNEJO  
LIC. NELLY ROCANO LASTRA  
ING. CARLOS MALDONADO BOHORQUEZ  
DR. PEDRO MARCHENA REATEGUI

DRA. ROSA VILCA BENGOA  
DR. HECTOR SHIMABUKU IZA  
DRA. JACKELINE DE LA CRUZ  
LIC. WALTER VILCHEZ DAVILA  
LIC. LUZ ARAGONES ALOSILLA  
DR. DARWIN CUADROS MACO  
SRTA. ERIKA JIMENEZ ALEGRIA  
LIC. ARTURO GRANADOS MOGROVEJO  
LIC. MARTHA VELÁSQUEZ

## LISTA DE FACILITADORES REGIONALES

LA TORRES SALAZAR, CARMEN  
LLUMPO CUMPA, RUBEN  
PEÑARANDA SANCHEZ, ANA MARIA  
SOLORZANO DOMINGUEZ, NERI  
PERALTA MONTES, ROGER  
GARAGATE ROMERO, ELENA  
ALFARO NAVARRO, MARILUZ  
ALCARRAZ CURI, RICARDO  
HUAMANI PALOMINO, AMADEA  
RABANAL GALVEZ, SANDRA E.  
BECERRA PALOMINO, ROSA DORIS  
ASTORGA FEBRES, LUDGARDO  
WARTHON QUINTANA, EDUARDO R  
NAPA H. NESTOR  
SANEZ GALARZA, CARMEN DEL PILAR  
CASTAÑEDA AGUILAR, DICK HENDRIC  
MONGE TOBAR, CARLOS EZEQUIEL  
CASALINO CALLAYE, ANGEL EDUARDO  
POMA OROYA, VIGINIA

COCHACHI SUAREZ, ANTONIO  
SANCHEZ SATO, REGINA  
PRETELL AGUILAR, ROSA MARIA  
RUIZ REYES, FANNY  
GAMONAL GUEVARA, MARCO  
SALAZAR GARCIA, ELIZABETH SARA  
CAZANOVA ROJAS, WILMA SELVA  
COSQUILLO CHUQUIN, MECEDES G.  
ZARATE FERRO, URSULA  
CHICATA CASTILLO, RONALD  
DE MARIA CURI TITO, FLOR  
HERRERA CHEJO, JUAN LUIS  
GALINDO SIHUIN, YOSSEL RAFAEL  
NAUPARI FILIO, GLADYS  
LUNA CORDOVA, HELEN B.  
LLONTOP YNGA, ENRIQUE GUILLERMO  
SANDOVAL T. FELIX  
ABANTO LANDEA, MARIA  
MALDONADO ZANABRIA, UBALDINA

JAEN BALDARRAGO, GILBERTO  
ESTRADA ALARCON, LUZ  
VELA ORIHUELA, FELIPE  
FIGUEROA ZEVALLOS, LUIS ALBERTO  
CANDIA SANIZO, EDWINZ  
HO VALDIVIEZO, ANIANA  
COBEÑAS IMAN, RAFAEL  
ROBLES VALENZUELA, RAUL  
BARBARAN PINEDO, IRMA MARINA  
LEIVA ROSADO, RENE J.  
VALLENA RICARDO, MURO  
GIRALDO ALAYZA, NOEMI  
ALTAMIRANO LARREA, WILLY  
DARWIN CUADROS MACO  
FELIPE PAREDES CAMPOS  
URETA TAPIA, JUAN MANUEL  
RODRIGUEZ RAMIREZ, DARIO FLAVIO



## Lista de Facilitadores y Participantes

### LISTA GENERAL DE PARTICIPANTES DE LAS REGIONES

#### AMAZONAS

ABILDO ZAMBRANO, ARTURO  
ALTAMIRANO QUISPE, OSCAR  
ALTEZ ARIAS, ELIANA  
ALVARADO CHUQUI, CASTULA  
ALVARADO CHUQUI, ISABEL  
ALVINOS CACEDA, MICHAEL  
AMPUERO CHUQUIZUTA, VERONICA  
ANTONIO VILLACREZ, NILO  
ARBILDO SAAVEDRA, EGNER  
ARCE BELLIDO, CRISTY  
ARELLANOS CHAPPA, ROCIO  
AZCONA SALAZAR, NIRTON  
BAZAN COLLANTES, CLEMENTINA  
BERRIOS CAMPOS, DIANA  
BOHORQUEZ MEDINA, ELIAS  
CABANILLAS GUEVARA, RICARDO  
CANELO DAVILA, CARLOS  
CANTA VENTURA, HARDY  
CASTILLO CACERES, RODOLFO  
CHAVEZ ARROYO VALDEZ, NORMA  
CHIGUALA MIXAN, EDWARD FRANK  
CLENDENES ALVARADO, ORLANDO  
CORONEL PORTOCARRERO, ROGER  
CORVERA CORONEL, GUSTAVO  
CRUZ VILCARROMERO, NORMA  
CUBAS BRAVO, WILFREDO  
CUBAS GUEVARA, JAIME  
DEL AGUILA FERNANDEZ, JOSE  
DEL AGUILA VENTURA, ROYCER  
DELGADO CASAS, FERNANDO E  
EDQUEN REGALADO, MIRIAM  
EGUILUZ ZAVALAGA, JOSE LUIS  
ESCOBAL MEDRANO, JOSE LUIS  
ESTELA MANRIQUE, ABEL RICARDO  
FARRO PEREZ, ALBERTO  
FLORES MALPARTIDA, RICHARD  
GARCIA ALIAGA, YOE  
GOMEZ SERVAN, PEDRO  
GOMEZ TUESTA, SADITH  
GOMEZ VERGARAY, DANNY  
GONZALES CASTILLO, GILBERTO  
GOÑAS TRIGOSO, PEDRO  
GRANDA TANDAZO, CARLOS  
GUZMAN CORTES, JAVIER  
HERRERA RAMOS, NILO ERNESTO  
HERRERA TORRES, JAVIER  
INCIO RAMIREZ, PATRICIA  
INGA ZUTA, NELLY CONSUELO  
IPANAQUE LUYO, PEDRO JOSUE  
JIMENEZ MORI, DORA DE JESUS  
LA TORRE LOJA, RAFAEL  
LA TORRE SALAZAR, CARMEN  
LEON ROJAS, LUIS ALFONSO  
LLUCOR DIAZ, MARILU  
LLUMPO CUMPA, RUBEN  
LOPEZ ENCINA, JOSE RAMON  
LORENZO ANASTACIO, LYLY  
MAS REYNA, CHARLES  
MAS VARGAS, VICTOR  
MAS VILCHEZ, ARIEL  
MELENDEZ LOPEZ, MERCEDES  
MELENDEZ PEREZ, ELMER  
MELENDEZ TUESTA, BENEDICTO  
MENDOZA VILCA, FELIX HOMER  
MONTTOYA NORIEGA, MARIBEL  
MONTTOYA PIZARRO, CONRADO  
MORI PORTA, MADELEINE

MORI URQUIA, LILIANA  
MUÑOZ RIMACHE, CELSER  
NEYRA MEZA, JHONNY EDILGAR  
NOVOA FLORES, JOSE LUIS  
OBANDO PERALTA, ARIEL  
OCLOCHO CHUQUIMBALQUI, MARCELA  
POMA TORVISCO, HENRY  
PUELLES VALQUI, JOSE LUIS  
QUEZADA ESCOBEDO, JUAN  
RAMOS MUÑOZ, AURELIO  
RAMOS QUISPE, DIONISIA  
RAMOS TEJEDA, ELIDA  
REATEGUI ANGULO, LILIANA  
RITUAY TRUJILLO, ELITA OFELIA  
RIVADENEYRA SIPION, VICTOR RAUL  
RODRIGO TAMAYA, FLORA  
ROJAS ENCINA, GRIMALDO  
ROSALES CULQUI, SEGUNDA MODESTA  
SANCHEZ CASTAÑEDA, EDWIN  
SANCHEZ ZAGACETA, CESAR  
SANTILLAN ROHAS, MERY  
SILVA VELA, EDGAR  
SOTO ACERO, RONALD VITOR  
SOTO VALLE, SUSANA  
TAQUI PAZ, SANTIAGO  
TOCAS VASQUEZ, SANTOS M  
TORREJON VARGAS, BEATRIZ  
TORREJON VARGAS, MARIA  
TORREJON VILLEGAS, MARIBEL  
TORRES CAMPOS, JOSE  
TORRES RAMOS, VICTOR R.  
TORRES VASQUEZ, LUIS A.  
TRIGOSO SANTILLAN, SEGUNDO  
TUESTA BARDALES, RIBER J.  
VALQUI GARCIA, ALFONSO  
VEGA BENAVENTE, ARACELI R.  
VEGA MONTTOYA, MANUEL  
VELAYARCE YOPAN, VICENTA  
VERGARAY EPIQUIEN, HUMBERTO  
VILCAPOMA ESCURRA, ROGER  
VILLEGAS ROJAS, GERONIMO  
YAPANAUQUE LUYO, PEDRO JOSUE  
ZAVALETA GASTAÑUDI, JOSE  
ZELADA RAMOS, GLADYS  
ZUMAETA TRIGOSO, ZECUNDINO

#### ANCASH

ALAMO FIGUEROA, CICO  
ALEJOS MINAYA, LUZ MARINA  
ALVA DE LA CRUZ, EUSEBIO NOE  
ALVAREZ AGUILAR, CESAR  
ANAYA CASTILLO, PILAR  
ANTAUROCO NUÑEZ, ROSALIA CARMEN  
ARAMBURU CASTRO, HUGO  
ARANA POZO, ARIELA  
ARANDA RAMIREZ, ANCODES  
ARIZA AGUIRRE, ARON  
ARMAS SANCHEZ, PRÁXEDES REGINA  
ARMUJO LIÑAN, JOSEFA  
ARROYO BAZAN, JUANA MERCEDES  
ARROYO ZAPATA, CARLOS  
ASMAT RAMIREZ, CARLOS  
BARRENECHEA CABANILLAS, AMADOR  
BARRIONUEVO MESSARINA, MABEL  
BARTRA MESTANZA, CARLOS FEDERICO  
BAZAN VARAS, JOSE CARLOS  
BERRENECHEA CABAILLO, ANDRES

BOCANEGRA MUNDACA, CHRISTIAN  
BRONCANO VASQUEZ, FIDEL MARIO  
CABALLERO BENAVIDEZ, RUFFET ALFREDO  
CABALLERO CANO, EDGAR ORLANDO  
CABALLERO ZAVALA, EUGENIO  
CABANILLAS MORENO, SILVIA  
CACERES VILLANUEVA, AGUSTIN  
CACHA URBANO, CAMILO SINFOROSO  
CANDIA BRICEÑO, JOEL  
CARDOSO TAPIA, EVELYN YUDITH  
CASAVILCA QUISPE, RUBIÑOS  
CASTELO ESPINOZA, RICARDO ANTONIO  
CEFERINO LAGUNA, EDIZON  
CHAVEZ MAYHUAY, PRIMITIVO WALTER  
CHAVEZ QUISPE, MANUEL ALBERTO  
CHAVEZ RAMIREZ, FREDY  
CHAVEZ SALVADOR, FEDERICO  
CRUZ NAMAY, MATILDE  
CUADROS RIVERA, IVONNE  
CULI JOYLLLO, LIDIA  
DEL VALLE REA, VICTOR  
DEXTRE MAUTINO, ELMER  
DIAZ VASQUEZ, PAUL CRISTIAN  
ECUES BLAS, LUIS ALEJANDRO  
ELFERINO LAGUNA, EDISON VALERIANO  
ELLACURIAGA SAN MARTIN, OSCAR  
ESPINOZA CERRON, VIDAL ALBERTO  
ESPINOZA COLLAS, ELBERTH  
FIGUEROA ROMERO, ROSARIO  
FRANCO LIZARZABURU, LEOPOLDO JAVIER  
GALVEZ HONORIO, ESTELA  
GAMARRA PADILLA, SEGISFREDO  
GARCIA AYALA, CARLOS DOMINGO  
GIRALDO CERNA, LUCY  
GOMERO SOTO, SANDRA EVELIN  
GOMEZ CABANILLAS, ELMER  
GOMEZ CADILLO, MASHER  
GOMEZ REQUENA, EDUARDO  
GUZAMAN CUEVA, EDUARDO  
HIDALGO GOMEZ, WENCESLAO  
HUAMAN FERNANDEZ, GLADYS  
HUAMAN PAJUELO, EDILES  
HUAMANACHUNO PELAES, NESTOR  
HUERTA ESCALANTE, CECILIO  
JULCA ITA, GUIDO  
JULCA TOLEDO, LESLY  
LEIVA CHACPI, ROSA  
LEON MENDEZ, JUDITH LUZMILA  
LEON RODRIGUEZ, YSABEL  
LEON VERGARA, MILTON DUCK  
LOAYZA BACA, JESÚS  
LÓPEZ AGUILAR, JOSÉ LEONCIO  
LOPEZ TARAZONA, FELIX BENJAMIN  
MACEDO PONCE, ELIZABETH  
MAGUIÑA SOTO, EUGENIA EDITH  
MALASQUEZ CAMPOS, JUAN  
MANRIQUE DE AGUILAR, ISABEL  
MATOS ACUÑA, JACINTO  
MEJIA ONCOY, DONATA APOLONIA  
MEJIA URIBE, LOIDA  
MENACHO LÓPEZ, JULIO CESAR  
MENDEZ FLORES, WILDERMAN AURELIO  
MENDEZ, JUDITH LEON  
MEZA ESTREPIÑAN, JULY EMPERATRIZ  
MEZARINA PAREDES, GREGORIO  
MINAYA ALDAVE, ALBERTH  
MOLASQUEZ CAMPOS, JUAN ALBERTO  
MORALES CHIGUALA, ROSANA  
MORALES SALINAS, CARLOS

# Lista de Facilitadores y Participantes



MORENO CABALLERO, ILDA C.  
MOSCOL RIOFRIO, WALTER RAUL  
OLIVERA ESPIRITU, EMILIO JUAN  
ORELLANO FERNANDEZ, ROSA ELENA  
ORTIZ GONZALES, LUIS  
OTERO SALINAS, ROBERTO  
PACORA MORALES, ALMIRO  
PAIS HURTADO, RAFAEL EDUARDO  
PALOMINO TENORIO, RUBEN  
PARRA BALAREZO, FELIX A.  
PARRA MALQUI, GLADY AIDEE  
PEÑA DONAYRE, JUAN  
PEÑA PADILLA, MARIELA  
POMA MALQUI, GLADYS  
POMA SOTELO, JAVIER  
PONCE GARCIA, CARLOS  
PULIDO VASQUEZ, FEDERICO  
QUIPUSCO LUJA, VIRGINIA  
RAFAEL CORDOVA, LEVI EUROPREPE  
RAMIREZ ROJAS, ROGER CESAR  
RAMOS LUNA, MARCIAL  
REYES MINAYA, CASIMIRO ADRIANA  
REYES ZUÑIGA, MARIA  
RIOS CADILLO, TEODORO  
RIVERA ADVINCULA, MAXIMO  
ROBLES MURPHY, EDITH ELIZABETH  
RODRIGUEZ VASQUEZ, MAXIMO  
ROSALES SAMANAMU, JULIO  
RUMICHE BERMEO, LILY VIOLETA  
SAENZ ESPINOZA, EDITH  
SALAZAR RINCON, HUGO  
SALDIVAR ALVA, JOSE  
SANCHEZ COLONIA, ZONIA ORFELINDA  
SANCHEZ GUTIERREZ, ANA CECILIA  
SANCHEZ REYES, PABLO MARIO  
SERNA LAMAS, LUIS ENRIQUE  
SEVILLANO OLORTEGUI, VICTOR  
SILVIA SANCHEZ, LEONCIO AGAPITO  
TAPIA ALEJOS, LENIN  
TAPIA MARCELO, PEDRO  
TARAZONA PRINCIPE, TEODORO  
TASAICO ALBARRAN, EDGAR  
TOLENTINO GONZALES, DOMITILA  
TORRES ALEGRE, ROGER  
TORRES RIMEY, GLADYS LUISA  
TRINIDAD POMA, ZARELA BOSIO  
URTECHO VERA, DAVID  
VALENCIA VERA, CONSUELO TERESA  
VALERA SALVADOR, NANCY  
VARGAS QUISPE, KARINA  
VASQUEZ OROPEZA, VANESSA  
VEGA FLORES, JORGE LUIS  
VEGA PACAHUALA, FERNANDO  
VELA TREJO, DENISSE  
VELEZ DE VILLA MEJIA, SARA R.  
VIDAL TOLENTINO, AUGUSTO  
VILLACORTA MARCO, ANTONIO  
VILLANUEVA FIGUEROA, NELLY H.  
VILLANUEVA VALVERDE, FORTUNATO  
ZELAYA ANDAYLLA, KARIM

## APURIMAC

ABARCA EZEQUILLA, JULIAN  
ABARCA SOTELO, ELVIRA  
AEDO CHIPA, JUAN PABLO  
ALARCON DURAND, HUGO VICTOR  
ALVEZ LOPEZ, FELIPE SANTIAGO  
ARCOS ALFARO, FORTUNATO  
ARHUIS VELASQUEZ, WILLIAM  
ARIADELA DE LA VEGA, JULIO A.  
ARIAS CABRERA, LIBIA  
ARONE GALINDO, YIDIO  
ASCUE TORRES, SARA  
ATAUJE MALPARTIDA, YURI

AVELINO CACERES, ANDRES  
AVENDAÑO, EVA  
AVENDAÑO SALAS, JUAN  
AVENDAÑO TELLO, PERCY  
AYESTAS LA TORRE, CARLOS  
AZURIN PRADA, ANIBAL PERCY  
BAILON VELASQUE, EDITH  
BARASORDA CHAVEZ, FELIX  
BARAZORDA, EPIFANIA  
BARAZORDA CHAVEZ, JESUS  
BLANCO GONZALES, SIMIONA  
BORDA ORIHUELA, RAUL  
BRAVO CHIPA, WALTER  
BROVAS CORNEJO, NANCY DORIS  
CACERES LLERENA, TEÓFILO  
CAHUANA PALMA, MARIA ELENA  
CAHUANA PERALTA, EVERT  
CANCHASTO MEDRANO, ERIKA  
CARRASCO JAIME, RAUL  
CARRION HERRERA, RICAR  
CARRION UMERES, JESUS  
CASAS GUIZADO, DARIO  
CASTAÑEDA BACA, MARTA  
CASTRO ESPINOZA, ALEJANDRINA  
CCAHUANA TELLO, MARIA ISABEL  
CCORAHUA CHIPA, MARTHA TERESA  
CERVANTES GONZALES, JULIA  
CHISCO YERNO, JEANET  
CONTRERAS ANDIA, CERIANO  
CORAZAO TEVES, EDY  
CORDOVA SOLIS, ALDO  
CUSI MALLQUI, INES  
DAVILA PORTOCARRERO, CARMEN  
DAVILA ROMAN, ROCIO  
DE LA CRUZ PORTUGUEZ, MARICRUZ M.  
DE LA FUENTE CHIRI, BALTAZAR  
ENRIQUEZ AYQUIPA, FLORENTINO  
ESCALANTE ROMERO, DANIEL MARTIN  
ESCOBAR CONDORI, ROBERTO MICHEL  
ESPINOZA CRUZ, MARIO  
ESPINOZA, TILSMAN  
ESPINOZA TAYPE, TIBURCIA  
FERNADEZ CORDOVA, ALFREDO  
FIGEROA TORRE, ULDERICO  
FLORES CARRERA, ZOILA  
FLORES, BERNARDO  
FLORES PERALTA, DEBBY  
FLORES QUISPE, CARMEN  
FLORES VALDIVIA, KATY  
FUENTES TELLO, ROSARIO  
GAMARRA ROMAN, ELVIS CIRILO  
GARAGATE ROMERO, ELENA  
GOMEZ ANCCO, ELIAS  
GUTIERREZ AEDO, RUBEN  
GUTIERREZ AGUIRRE, ABEL CELESTINO  
GUTIERREZ MAGALLANEZ, WILLIAM  
HANCO LEON, SILVIA  
HERMOZA IBAÑEZ, RUBEN DARIO  
HINOJOSA, MARIA GUADALUPE  
HOLGADO JORDAN, WALTER  
HOYOS BRAVO, ROSMERY  
HUAMANI CHALCO, AIDEE  
HUAMANI GARCIA, GERMAN  
HUAMANI SANCHEZ, EGBERTO  
HUAMANÑAHUI CRUZ, EDISON  
HURTADO QUINTANILLA, GLORIA  
JARA HUAYNA, MARIA JANNETT  
JURO VILLEGAS, TECHY  
LARA BENDEZU, ILIA PAULA  
LAZO MONZON, FRANCISCO  
LIZARRAGA TRUJILLO, JOSE  
LOAYZA AYALA, FRANCISCO  
LOAYZA BECERRA, JESUS  
LOAYZA VILLEGAS, AUSTRAVERTA  
LOPEZ PEÑA, ROSA  
LOPEZ TORRES, MAGDA

MARTINEZ PINTO, ROGER  
MAYHUIRE VARGAS, JOHN EDDY  
MEDINA AMU, COSME ANDRES  
MEJIA CANGAHUALA, ALFREDO  
MERINO LOPEZ, JOEL  
MIRANDA ESPINOZA, RUBEN  
MOINA HUILLCA, HERMOGENES  
MOLINA MARTINEZ, WILLIAM  
MONTOS, ALFREDO  
MORENO COTRINA, JOSUE FERMIN  
MORENO PEREZ, BRUMILDA  
MOSQUIERA SEQUEIROS, FEDERICO  
NAPURI AGUILAR, ERICK  
NAVARRO HERRERA, MARIA ANTONIA  
NINAPAYTAN, MARIA ESTHER  
NOBLEGA PEÑA, JENI  
NUÑEZ OLMEDO, MARIA  
OLARTE HOLGADO, OLGA MILUZCA  
OLIVERA PACORI, VALENTINA  
OROS QUISPE, PASCUAL BAILON  
PAGAZA GONZALES, ARECIDA  
PALOMINO GOMEZ, MAURO  
PALOMINO, ANICETO  
PANIAGUA GAMARRA, MARIO  
PARCCO BORDA, ALICIA  
PAREDES PEREZ, LISBETH  
PAREJA ALTAMIRANO, XIOMARA  
PAREJA BEDIA, MARIA  
PAREJA GONZALES, HEYDI LUCRECIA  
PEÑA BALDEON, GRIMALDO MIGUEL  
PEREZ UNTIVEROS, ROSALUZ  
PEZO OCHOA, DARWIN  
PIPA VARGAS, RICHERD  
PRADA SALAS, ROBERT  
QUIHUE HUYHUA, CLETO  
QUISPE APAZA, WALTER  
RAMOS, MANUEL  
RETAMOSO SALINAS, FORTUNATO  
RIOS OCHOA, ESMIT  
RODAS UGARTE, DARCY  
RODRIGUEZ BERRIO, KATYA  
RODRIGUEZ COLONIA, RUBEN  
ROJAS APAZA, JUAN JOSE  
ROJAS MENDOZA, SADITH  
ROJAS PILARES, JORGE  
ROMERO DONAYRE, JOSE  
RUIZ PRIETO, JORGE LUIS  
SAAVEDRA ATAHUI, ELSA  
SAAVEDRA RAMIREZ, JUAN  
SAIRITUPA, ANGEL  
SALAZAR PEÑA, YANET  
SALAZAR PEREZ, VICTOR  
SANCHEZ ARIAS, JAIR  
SANCHEZ FELIX, ROSABY  
SANCHEZ QUINTANILLA, ESTHER LUISA  
SARMIENTO CCORAHUA, ALEX  
SARMIENTO GUEVARA, ALEX  
SAYAGO MARIÑO, IRMA  
SEQUEIROS HURTADO, BRAULIO  
SERRANO LOPEZ, SEGUNDINO  
SIERRA CORDOVA, NATTI  
SOLIS OROSCO, ORESTES  
SORIA DONAIRE, GLADYS  
SORIA GUTIERREZ, IRIS  
SORIA PALOMINO, MATEO  
SOTELO LUNAS, CAMILA  
SOTO CRUZ, MAXILIANA  
SOTOMAYOR CAMACHO, LEONIDAS  
SUCAPUCA QUINTO, ZENON  
TANDAZO, ALDO  
TORVISCO MARTINEZ, JOSE  
TUMBA TITO, EMILIA  
UGARTE, GENERA  
VARGAS GONZALES, ROCIO  
VERA GARCIA, RIP  
VERA MALDONADO, WILFREDO



## Lista de Facilitadores y Participantes

VIDAL ROBLES, ELIO MAURO  
VIDALON, CARMEN  
VIVANCO GALVAN, WALTER  
ZEGARRA CASAPIA, JAIME

### AREQUIPA

ACOSTA GUTIERREZ, BETTY INES  
AGUILAR VILLA, SILVIA ELENA  
ALEGRIA VALVERDE, MARGARITA  
ALFONSO, JAMES  
ALIAGA SALAS, CARMEN LUZ  
ALVAREZ GOMEZ, CAROL  
ALVIZ FLORES, EDUARDO DAVID  
ARAGON, CAROLA  
ARCE MAQUIRA, JAVIER  
BECERRA DE VALDIVIA, ADELINA LILIA  
BEJARANO SANCHEZ, WALTHER  
BELLIDO BERNAL, JOSE LUIS  
CALLO, FILOMENA  
CASTRO ALÍ, FIDEL  
CATERIANO ZUÑIGA, JOSE  
CAYRO TEJADA, TANIA JENNY  
CHIRINOS C, VICTOR  
CHIRINOS ZEGARRA, YBETH  
COPPA VALENCIA, MARIA VICTORIA  
CORDOVA MARTINEZ, WILIAMS  
DELGADO CRUZ, JULIO CESAR  
DELGADO DIAZ, FREDY  
ESCOBEDO TEJADA, PEDRO  
FLOREZ VALDIVIA, CARMEN ROSALIE  
FUENTES SALAS, GINA  
GALLEGOS VERA, FELIX  
GAMERO RONDON, CHRISTIAN JESUS  
GARCIA CONDORI, JUAN  
GIRALDO ARAGÓN, MIRYAN  
GOMEZ HUAYNACHO, JOSE FERNANDO  
GOMEZ VALVERDE, FREDY  
GUILLEN NUÑEZ, MARIA ELENA  
HINOJOSA PEREZ, NURY MARGARITA  
HUACAN PACHECO, GERMAN EDILBERTO  
HUARACHI SUAREZ, OMAR  
JANAMPA DIAZ, CELINA FELICITA  
JIMENEZ IBAÑEZ, HELMER ARTURO  
JUAREZ RAMIREZ, SORAYA LOURDES  
JUAREZ SOTOMAYOR, PEDRO PASTOR  
JUAREZ, ELMER  
JUSTINO PAUCAR, ANDRES  
LAIME RAFAEL, DIMAS  
LIENDO GARCIA, JUAN BERNANDO  
LIMA SIERRA, EDITH  
LINAREZ DE TEJADA, FLORA LOURDES  
LINDO GARCIA, JUAN  
MACEDO HERRERA, EDITH  
MALAGA CHAVEZ, FERNANDO SALVADOR  
MAMANI BAUTISTA, GABINA  
MANCO ESCALANTE, ANA MARIA  
MANSILLA URÍA, ANA MARIA  
MARQUEZ SOTELLO, SONIA CELIA  
MARTINEZ MOLLOAPAZA, CELIA  
MENDOZA OCHOA, JUAN  
MEZA VARGAS, JAMES  
MIRANDA QUISPE, GLADYS  
NIETO AVALOS, MARIELA DARIA  
NIEVES M., MERCEDES  
NÚÑEZ GUTIÉRREZ, MERCEDES  
OBANDO, MARIA  
OPORTO PEREZ, WALTHER SEBASTIÁN  
ORIHUELA PORTUGAL, OFELIA  
PACHARI MONTENEGRO, ALBERTO  
PANDO NAVARRO, ROSA  
PIZARRO NINACONDOR, JOSÉ  
POLANCO ZEBALLOS, JORGE  
POLAR DE ACOSTA, ANITA FRIDA  
PUELLES MORALES, MARIA DEL CARMEN

QUINTANILLA, NELLY  
QUISPE, ELSA  
RIVAS, MILUZCA  
RIVAS ARESTEGUI, MILUZCA  
RODAS, HAYDEE  
ROJAS RAMOS, NATIVIDAD  
RONDÓN ANDRADE, PAUL  
RONDÓN FRIDINAJA, GUSTAVO  
RONDÓN, GUSTAVO  
ROSADO ALVAREZ, VICENTE EDGARD  
ROSAS IMÁN, VICTOR HUGO  
ROSAS, HUGO  
SALAZAR RIVAS, LUIS  
TALAVERA, RAUL  
TEJADA ZEGARRA, JESUS  
TITTO ALZAMORA, LUIS REY  
TORRES BELTRAN, LUISA  
TORRES CAZORLA, LUZMILA BEATRIZ  
TORRES DIAZ, ROSA ELIZABETH  
TORRES PINO, ESTRELLA  
VALDIVIA MANRIQUE, GIOVANNA  
VALENCIA, FERNANDO  
VALENCIA BORDA, FERNANDO  
VASQUEZ, LUIS  
VELASQUEZ VILLANUEVA, YDA LUZ  
VERA LAZARTE, STELLA  
VILLANUEVA, IRIS  
VIZCARRA VELAZCO, CARLOS EMILIO  
YALAVEIRA, EDUARDO  
YESSDEN, YBETH  
ZALINA, ZOILA  
ZAMALLOA TORRES, VICTORIA  
ZEBALLOS DE ARENA, LUZMARINA

### AYACUCHO

ABUZTO SARAVIA, ELIZABETH  
ACORI TINOCO, IDSEL  
ALARCON CONTRERAS, JULIO CESAR  
ALEMAN MUÑOCO, ROSARIO  
ALTAMIRANO ROJAS, JOSE  
ARANGO BELLIDO, DANIEL  
ARANZAMEN MARROQUIN, LUCÍA  
ARCE HERNANDEZ, YANETH  
ARMUJO BELLIDO, RAFAEL  
AVALOS ANECO, GLADYS  
AVRES OSNTAO, JUDITH  
BEDUÑANA CARRASCO, WALTHER  
BROMLEY LALO, GERARDO  
CABRERA BELLIDO, EDITH HEBERT  
CABRERA GUTIERREZ, FELIZ  
CANALES MEDINA, INA SOCORRO  
CHUCHÓN QUISPE, ANTONIO  
CORAS CRUZ, BEATRIZ CECILIA  
CUADROS MENDOZA, MANCY  
CUENTAS ROBLES, MISAEL  
DE LA CRUZ ALARCÓN, VICTOR  
DURAND SARAVIA, SONIA  
ENCISO SANCHEZ, ELIANA  
FERNANDEZ JIMENEZ, CECILIA  
GALLEGOS GONZALES, ALEXANDRO  
GONSALEZ GUERRA, EDDY  
GONZALES AEDO, EDME  
GRACIA APAICO, VANESSA  
GUTIERREZ CONTRERAS, NILTON  
GUTIERREZ HINOJOSA, RICARDO  
HUAMAN FLORES, BENJAMIN  
HUAMÁN PALOMINO, AMADEA  
HUAMÁN PATIÑO, MARIO  
HUAMÁN RODRIGUEZ, ALFREDO  
HUANGAL CAMPOS, CARLOS  
HUNUNICHA VALDÉZ, LÁZARO  
ICHANAYA VELARDE, WALTER  
JUSCAMAYTA CHIPANA, CARLOS  
LLACTAHUAMÁN ORE, LUIS

LLANTOY QUICANO, VICTORIA  
LOPEZ GUTIERREZ, WALDO  
LOZANO REVOLLAR, CARMEN ROSA  
MACCESHUA MELGAR, JUAN PABLO  
MARQUEZ CALVO, MARÍA ELENA  
MARTINELLI, ENRIQUE  
MARTINELLI, FEDERICO  
MARTINELLI CHUCHÓN, GERMAN  
MEDINA ZEA, CARLOS  
MOLERO AÑAÑOS, MARGOT  
ORE AVENDAÑO, BURNEL  
ORÉ CARO, JUAN  
ORE NALMACEDA, FREDY  
ORELLANA GUÓN, MARIA LUISA  
PALACIOS AVILA, RAÚL  
PEÑA JACCA, MOISES  
POMA ESPINOZA, BEATRIZ  
PRADO VÁSQUEZ, ELGA  
QUICURI YNZANQUI, GLADYS  
QUISPE CAMACHI, KATYA ELIANA  
QUISPE LLANTOY, EDITH HEBERT  
QUISPE MALDONADO, EDGAR AMERICO  
QUISPE SAAVEDRA, PEDRO  
RAMIREZ QUISPE, ADRIAN  
RAMIREZ VARGAS, LIZBETH MARIBEL  
RAMOS CHAVEZ, SEVERINO  
RAMOS YANCE, TANIA  
RIVERA AYALA, YENNY  
RIVERO MALDONADO, VLADIMIR  
ROCA BAGIO, RODOLFO  
ROJAS ZAMORA, BENEDICTA  
SANTIAGO GONZALES, JAMES FRITZ  
SANTOS ARENAS, NACY  
SANTOS SANCHEZ, CARLOS  
SARMIENTO CASAVILCA, TANIA  
TENORIO LUGOS, RUBÉN  
TUASIA YUYALI, ROBERTO  
URBINA MENDOZA, GABRIELA  
URIBE RAMIREZ, CESAR  
VALER GONZALES, JAVIER  
VASQUEZ ANGULO, RICARDO  
VASQUEZ ZARATE, LILIANA

### CAJAMARCA

AGUILAR CORTEZ, VICTOR  
ALCALDE HUAMAN, GLORIA  
ALCANTARA SANCHEZ, EDUARDO  
ALCANTARA TRIGOSO, ROSA FIDELINA  
ALFARO CHAVARRY, CARLOS  
ALVARADO LEON, BIANCA MIREYA  
ALVARADO TOCAS, ISELA  
ALZAMOR, ELMER  
AMAYA CUZCO, VICTOR EDUARDO  
ANGULO ALVARADO, LOLA  
ARAUJO ARAUJO, JORGE  
ARCE DIAZ, IGINIA  
ARCE SAUCEDO, INES  
AREVALO LARA, SEFORA LIDA  
ARIAS URBINA, RIVER  
ASMAT BOBADILLA, LUIS MIGUEL  
ATALAYA CONDOR, ABSALON  
BASAURI VILLANUEVA, MANUEL  
BAZAN CARRERA, PERCY  
BAZAN MARIN, SEGUNDO JULIO  
BECERRA CASTRO, RONAL ARMANDO  
BECERRA PALOMINO, ROSA  
BRICEÑO BARDALES, ROCIO MAGALI  
BRIONES HERRERA, JORGE  
BUSTAMANTE VASQUEZ, NORMA  
CABANILLAS ANGULO, OSWALDO  
CADENILLAS PASTOR, ELIZABETH  
CAICAY LLONTOP, MIGUEL  
CARUANAMBO RUDAS, PAUL  
CASAS LINARES, ABRAHAN

# Lista de Facilitadores y Participantes



CERDA GONZALEZ, ROMMEL AHMED  
CHACON AMADOR, ROSA  
CHAVEZ, MARGARITA  
CHAVEZ AGUILAR, SANTOS  
CHAVEZ AYAYPOMA, MARITZA MARLENY  
CHAVEZ CHALAN, ELIDA PILAR  
CHAVEZ GARCIA, HORLANDO  
CHAVEZ ORTIZ, LUIS HUMBERTO  
CHAVEZ VASQUEZ, JHENY MARIELA  
CHAVEZ VASQUEZ, NELIDA  
CHILON ABANTO, MAGALY  
CHILON SALDAÑA, MADLEN  
CHILON TASILLA, LUIS  
CHUZO HUINGO, JOE JOANATAN  
COLORADO ESPINOZA, JUAN CARLOS  
CONSUELO SANCHEZ VASQUEZ, HERLINA  
COTRINA CHAVEZ, ESPERANZA  
DAVILA CISNEROS, JOSE MANUEL  
DE FRANOSH ORTIZ, LUIS  
DIAZ CUEVA, MANOLO  
DIAZ VARGAS, FELIX ADILBERTO  
DIAZ VASQUEZ, ELIZA MARGARITA  
EUGENIO HUAMAN, OLEGARIO  
FERNADEZ ALCANTARA, YESENIA  
FERNANDEZ URTEAGA, MARIA KARINA  
GARCIA ROJAS, LUIS  
GONZALES TAFUR, JUAN  
GUAYLUPO ALVAREZ, JULIO CESAR  
GUERRA CORDOVA, ROSARIO  
GUEVARA VENTURA, WILSON  
GUTIERREZ REQUELME, SILVIA  
HUAMAN LUCANO, HUGO ELMER  
HUARIPATA ALVARADO, SANTIAGO  
HUARIPATA CARMONA, JOSE  
HURTADO ESCAMILO, JOSE ORLANDO  
ISPILCO CHUQUIMANGO, LUIS  
JAVE CALDERON, FIDEL  
JUAREZ GOICOHEA, ETELVINA  
JULCAMORO CUEVA, CESAR  
JULCAMORO RUIZ, WILLIAM FERNANDO  
LEDEZMA RODRIGUEZ, TEREZA SOLEDAD  
LEON ESTRELLA, MIGUEL  
LESAL ZAVAL, ROSI SILVA  
LOJE CALVANAPON, HILADIO AGAPITO  
LOPEZ GUERRA, NARCISA  
LUNA VICTORIA DIAZ, EDUARDO LUIS  
MACHUCA VILCHEZ, EDELMIRA CELINA  
MALAVER CUBAS, ELSA  
MALAVER SILVA, RAQUEL  
MALAVER TIRADO, JHANET DENIS  
MALAVER VERASTEGU, AUREA  
MALCA ROJAS, ROSA N  
MARIN LIMAY, GLORIA  
MARIN RONCAL, MIRIAM  
MARTINEZ OCHOA, ARNALDO  
MATZUNAGA, DAVID  
MEDINA RONCAL, ISAIN  
MENDO MURGA, SANTOS JHONNY  
MENDOZA DAVILA, JULIA  
MENDOZA GUARNIZ, RAMOS  
MENDOZA HERNANDEZ, WILLIAM  
MENDOZA VARGAS, MARIBEL  
MESTANZA PEREZ, CESAR  
MEZA CASTREJON, WALTER  
MIRANDA MENDOZA, FELICITAS  
MONCADA CASTREJON, JULIO WILDER  
MONTEZA FACHO, BETHY MARLENY  
MONTROYA RIOS, ALDO  
MUGUERZA ALVA, CARLOS  
MUÑOZ DIAZ, DOMITILA  
NIÑO DE GUZMAN QUISPE, FRANK  
OBLITAS SALAZAR, CARLOS  
OCAS, WULSON  
ORTIZ REGIS, CARLOS ELIAS  
PAREDES RUIZ, AIDE  
PAREDES RUIZ, JANETH

PAREDES ZEGARRA, DORILA  
PEREZ MENDIGURI, EDGAR  
PEREZ MISAHUAMAN, GLORIA  
PEREZ SALAZAR, YANINA  
POLAR SALAS, CAROL  
PORTAL MARIN, ELIZABETH TRINIDAD  
PORTAL VASQUEZ, ROCIO  
QUIROZ BRIONES, MARIA ESTHER  
QUIROZ QUIROZ, CARLOS  
QUISPE CHILON, EDWIN NOE  
RABANAL GALVEZ, SANDRA EMPERATRIZ  
RABANAL TORRES, OSCAR ENRIQUE  
RAMIREZ PALACIOS, MAGDA  
RAMIREZ PIRGO, DORA  
RAMIREZ VASQUEZ, TULIA  
RAMOS CABRERA, KETTY  
REYES BASAURI, MARY CARMEN  
RIVERA ALIAGA, EDINSON  
RODRIGUEZ RUMAY, JORGE  
ROJAS AGUILAR, JUANA GLADIS  
ROJAS CEPEDA, JAQUELIN ROSABE  
ROJAS NEYRA, JOSE ANTONIO  
ROMERO, ELIANA MARILU  
ROMERO DIAZ, ROXANA  
RONCAL CASTOPE, CLARITA  
RUIZ ZELADA, LUIS ENRIQUE  
SAENZ MARTINEZ, MAGALI  
SALAZAR ALDABE, MARZO  
SALAZAR SAUCEDO, RUTH NOEMI  
SALDAÑA CARRERA, LUCY MARISOL  
SALDAÑA TORRES, JAIME EDUARDO  
SAMAME FLORES, TANIA ANILU  
SANCHEZ RUIZ, MAGNA LILIANA  
SANCHEZ RUIZ, ALEJANDRO  
SANCHEZ TORRES, GLORIA  
SAUCEDO MENBRILLO, TULA CAROLINA  
SAUCEDO VALERA, MARTHA ISABEL  
TABOADA DAVILA, VIOLETA YOLANDA  
TAPIA ACOSTA, EDUARDO ALBERTO  
TERAN CHUQUILIN, MARIA ROSA  
TIRADO ALARCON, WILDER LUJAN  
TIRADO CABRERA, HUGO  
TORREJON LEDESMA, MILAGROS  
TORRES LEVANO, ROSARIO DEL CARMEN  
VARGAS BRINGAS, NORBERTO  
VARGAS BRUSO, JORGE  
VARGAS ROJAS, ENRIQUE  
VASQUEZ BECERRA, BLANCA  
VASQUEZ SALAZAR, MABEL  
VEGA TORO, GLADIS JUANITA  
VELARDE VIGO, OLGA  
VELASQUEZ GUEVARA, JORGE  
VELÁSQUEZ ZEGARRA, ROMULO  
VIDAL DE LA TORRE, CINTHIA  
VIDAURRE SANCHEZ, JULIO  
VIGO OBANDO, ZOILA  
VIGO PASTOR, ROXANA  
VIGO SILVA, SILVIA ELENA  
VILCHEZ CERNA, RUBEN  
VILLANUEVA MEDINA, YANETH  
YDROGO JULON, JHIMY  
YUPANQUI SICCHO, RONIEL  
ZARPAN ARIAS, LUISA  
ZELADA DAVILA, ANA CARMELA

## CALLAO

ALVARADO PEREDA, JULIA  
ARAGONEZ ALMONACID, GERMAN  
ARELLANO ROQUE MANUEL ENRIQUE  
ARRAGA ALVAREZ, CECILIA  
ASTETE COTRINA, JUAN MANUEL  
BARBIERI QUINO, CECILIA  
BRETÓN LANGAS, MARÍA BLANCA  
CAIRAMPOMA GAGO, MARIA

CASTRESANA OCAMPO, WILLIAM ALFONSO  
FERNANDEZ ROJAS HERNAN TEOBALO  
FLORES BARDALES, JANETT  
GARCÍA VÁSQUEZ, CARLOS HUGO  
GONZALEZ GONZALEZ, GABY  
IDELFONSO CAJAHUARINGA, JOHANNA  
LUNA SEGURA, ROGGER FERNANDO  
MANSILLA HERRERA, CARLOS  
MEDINA PAZ, NOEMÍ SOCORRO  
MENDOZA CASTILLO, JORGE  
NIEVES ALDAMA, DORIS  
OBREGÓN YNOLENTE, ELVIA  
PEREDO ORTEGA, ELSA JUDITH  
RAMÍREZ CARRILLO, ALEJANDRO JESÚS  
RAMÍREZ ROMERO, CÉSAR  
ROJAS QUIROGA, FREDDY JOSÉ  
RUIZ BLANCO, SANDRA  
SOLIS CARRILLO, ROBERTO FERNANDO  
VELÁSQUEZ GUARDIA JORGE  
YAMUNAQUE MORALES, ANA MARIA

## CUSCO

AGULLO TARGES, JUAN  
ARELLANO CRUZ, EFRAIN  
ATAYAPANQUI RONDON, JUAN  
BERNABLE VILLASETA, LUZ  
BERNABLE VILLAVARDE, JOSE  
BLAZ BAHAMONDE, ENRIQUE  
BRAVO RODRIGUEZ, CARLOS  
CASOTENCIO, DANIEL  
CASYRO HUATARYO, MARITZA  
CCOYURI GONZALES, JUAN CARLOS  
CHALCO BENITES, ANGELICA  
CHILE, CELECI  
CHUMIRAKO CHUMBIMUNI,  
CONTRERAS VERA, LUIS FERNANDO  
CRUZ SACHA, EDUARDO  
DARCEL ALARCON, RUBEN  
DAZA, RODOLFO  
DONGO ESQUIVEL, JULIO MELINA  
ESCALANTE PORTILLO, ADOLFO  
ESCURRA AGUILAR, WILFREDO  
ESPEJO ALAYO, LUIS  
ESPINOZA LA TORRE, JULIO CESAR  
ESPITIA SOSA, FLOR ITALA  
ESTRADA, MARLENE  
FUENTES MUJICA, JESUS  
GAMARRA MUJICA, BENJAMIN  
GARCÍA GARCÍA, FERNANDO AUGUSTO  
GARCIA, CARMEN ROSA  
GRAJEDA, PABLO  
HOLGADO FRISANCHO, NEPTHALI  
HUALLPA SETA, CESAR  
HUAMAN CHUPE, MARGARITA  
HUANCA ARTEAGA, CLAUDIA  
HUARCAYA IPENZA, LIGIA  
HUMEÑEZ JIMENEZ, RENAN  
JARA TAPIA, ARTURO  
JIMENEZ RAMOS, MEYHOR  
LAZO VALDERRAMA, DEYSSI  
LETONA ASTILLO, CAROLINA  
LIZCARDO VILLALOBOS, ROOXANA  
LLAVILLA FLORES, JULIAN  
LOAYZA, JOSE LUIS  
LOAYZA MAMANI, WILLIAM PETER  
LOAYZA MENDOZA, JOSE  
LUNA ROZAS, EMMA NADIA  
LUNA, ANGELICA  
MAMANI PUMACCAHUA, BRENDA  
MENDOZA ANCHOA, EDWIN  
MESCO QUILLAHUAMAN, LINA GLADYS  
MONTROYA CONDORI, VILMA  
MONTROYA LIZARRA, MANUEL  
MOQUILLAZA, LIDIA



## Lista de Facilitadores y Participantes

MORMONTOY MODERA, HERMÓGENES  
MOSCOSO OLIVERA, YASMANY  
MOSINO ZAMBRANO, DAISY  
MUÑOZ CHOQUE, NATY LUZ  
MUÑOZ GARCIA, JONI  
NAVARRO MENDOZA, DARIA  
OCHOA, JULIO  
OJEDA CAMPOS, MARIA  
ORTEGA, VILMA  
PALOMINO DURAND, DARCY  
PALOMINO LOAYZA, ROBERTO  
PALOMINO OLIVERA, SHIRLEY  
PEJA CONDORI, ELIAS  
PEREZ PERALTA, MANUEL  
PIMENTEL FRISANCHO, FREDDY  
PORTUGAL LIENDO, LILY MATILDE  
QUISPE BLANCO, KETY  
QUISPE PERALTA, SANTIAGO  
QUISPE TOARE, FREDY  
RAMIREZ CARILLO, CARLOS  
RAMIREZ DRAMON, RICARDO  
RAZO, ZAÑO  
RCO ROGENU, TOMAS  
REYNOSO, NILBERT  
ROMALI PALLAPEÑO, FABIAN  
RUEDA SANTIAGO, JOSE MIGUEL  
SACO MENDEZ, SANTIAGO  
SALAS CORDOVA, MARIA ISABEL  
SALCEDO CCANA, JOSE  
SEQUEINA SORIA, JUDITH  
SEYME IZQUIERDO, JULIO  
SILVA SALDIVAR, ANA MARIA  
TENORIO CASTRO, MARTHA  
TORRES POBLETE, NERY  
UMERES BELLIDO, GINA  
URQUIZO QUINTUA, ANTONIETA  
VALTENAS YANQUIRMACHI, ALDO  
VARGAS CASTILLO, JUAN  
VILCHEZ TEJADA, JORGE  
VIZCARRA DURAN, LUIS  
VIZCARRA GUTIERREZ, EDITH  
WARTHON QUINTANA, RICARDO  
ZAMALLOA EZHEGARAY, GUIDO  
ZAPATA CARDENAS, ANGELICA  
ZARATE QUECHUA, BRIGITH  
ZEVALLOS RODRIGUEZ, MANUEL  
ZUCHERRICH, ROCIO

### HUANUCO

AGUIRRE DAVID, MERY  
AGUIRRE ROSARIO, LUCIANO  
ALEGRIA HERRERA, NIDIA  
ALVA LEANDRO, JUAN  
ALVARADO COZ, GUSTAVO  
ALVARADO SALAZAR, JULIA  
ANAYA ORTEGA, FELIPE  
ANDRES CHAVEZ, NILDE  
ARGANDOÑA SALAZAR, LEONOR  
BARRIENTOS SALAZAR, DIANA  
BLAS ALIPAZAGA, BEATRIZ  
BORROVIC SALAZAR, ANGELES  
CABALLERO CASTILLO, CARMEN  
CACERES DOMINGUEZ, VILMA  
CAJUSOL AREVALO, RAUL  
CALDERON MOYA, KATYA  
CALDERON RAMIREZ, JUAN  
CALDERON SANTAMARIA, MAXIMINA  
CALERO CONDEZ, NERY  
CALIXTO NATIVIDAD, IDA  
CANALES, CARMEN  
CANCHARI, ABEL  
CARIGA MELGAREJO, CARLOS  
CARRIEL, LIDA  
CARVAJAL VALLADARES, GILDE

CASTAÑEDA AGUILAR, DICK  
CASTRO BRAVO, RENE  
CAVALIE VILLEGAS, ESTELA  
CELIS TRUJILLO, ADELA  
CENTURION VARGAS, ALFREDO  
CERCEDO Y CHOCANO, ELOISA  
CHOCANO GRADOS, JUAN JOSE  
CHOGAS RUIZ, GLADYS  
CIRO, ALFREDO  
CORDOVA BENAVIDEZ, ARTURO  
COZ DAVILA, LENIN  
CRISANTA SALAS, HECTOR  
CRUZ H, MAXIMILIANO  
DAGA SAAVEDRA, MONICA  
DE LA CRUZ SANCHEZ, PAULA  
DEIZA BERRIOS, ESTEBAN  
DEZA Y FALCON, IRENE  
DIAZ FERNANDEZ, JOEL  
DIAZ RIVERA, MARIA LUZ  
DIAZ TARAZONA, AMELIA  
DIONICIO BARRETO, BLANCA LIA  
DOMINGUEZ RAMIREZ, ERNESTO  
DONAYRE LEGUA, MARCO JESUS  
ESPEJO LOPEZ, NORA  
ESPINOZA CESPEDES, BONIFACIA  
ESTACIO FLORES, GLADYS  
FACTOR ASTOCONDOR, PABLO  
FIGUEROA BORLU, LEYDEJ  
FIGUEROA PONCE, LUZ E.  
FIGUEROA PONCE, ROCIO AMAVINA  
FLORES BEDON, ESAU JOEL  
FLORES TRUJILLO, EMILIANO  
FLORES VALVERDE, JOSE LUIS  
GALARZA SILVA, PAUL  
GARAY LEVERONI, HUMBERTO  
GAYOSO GARCES, VICTOR  
GONZALES PRADO, NESTOR  
GUZMAN RODOLFO, ESTEBAN C.  
HIDALGO CARRASCO, HERIBERTO  
HUAYANAY PONCIANO, ABRAHAM  
HURTADO HINOSTROZA, VICTOR HUGO  
JARA BEDOYA, JULIO  
JIMENEZ, JUANA  
JOPEZ DE GARCIA, LIZETH  
LAQUISE LERME, LUIS  
LIHON VALVERDE, CONSTANTE  
LLANOS DOSANTOS, LENING  
LOARTE RIOS, LUZ VIOLETA  
LOPEZ GODOY, CESAR  
LOPEZ TUCTO, VICENTE HUBERTO  
LUCIANO AGUIRRE, ROSARIO  
LURQUIN RODRIGUEZ, YONEL  
MANZANO TARAZONA, MARUJA  
MARTEL Y. CHANG, SILVIA  
MARTINEZ BLANCO, DOLORES  
MARTINEZ MORALES, CECILIA  
MARZANO ZEVALLOS, JOSE  
MAYS YABAR, ZHAYDA REBECA  
MELENEDEZ ORDOÑEZ, JHON  
MENDOZA GARNILLO, IBERCIA  
MEZA SORIA, ZULMIRA  
MONTERO S., FLOR DE MARIA  
MORALES NEGRETE, CESAR  
MORENO LEIVA, MARIA  
MORY GONZALES VIA, ALFREDO  
NAUPAY AQUINO, NIREO  
ORTIZ CRUZ, MARIA LUZ  
OSTOS MIRAVAL, REYNALDO  
PACO FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL  
PALACIOS FLORES, ELSA ELVIRA  
PALACIOS JIMENEZ, DENESY  
PEHUVAZ, JORGE  
PEÑA ARENAS, ROY  
PEÑA CRUZ, MANUEL  
PONCE NUÑEZ, MARIA ELENA  
QUINO HERRERA, EDUARDO

QUINTO HURTADO, LILIAM  
RAMIREZ GODOY, ALEJANDRINA  
RAMIREZ JENNER, FABIAN  
RAMIREZ MONTALDO, ROSALINDA  
RAMIREZ VERGARA, DHANNY  
RENJIFO RAMOS, GUILLERMO  
RIOS DE CHIANG, YVONNI  
RIVERA ESPINOZA, FERNANDO  
RIVERA VIDAL, MAGDALENA  
RODRIGUEZ ACOSTA, LILIANA  
RODRIGUEZ BRAVO, OSCAR  
ROJAS BRAVO, VIOLETA  
ROJAS OMONTE, ZONIA  
ROJAS RIVERA, CAYO  
ROSADO HUARAC, TONY  
SALAZAR FRANCIA, DICK JERZY  
SALAZAR RIVERA, RUTTY  
SALCEDO ZUÑIGA, MARIA  
SALDAÑA BASHI, DARWIN  
SANEZ GALARZA, CARMEN  
SANTAMARIA VALERIO, MARITZA  
SANTOS RIVERA, NESTOR  
SAPAICO CASTAÑEDA, ANTONIO  
SOTO BRAVO, EBER  
SOTO HILARIO, JUVITA  
SUAREZ CAQUI, ZEYDA  
SUAREZ GONZALES, GOMER  
TAPIA LAGUNA, OFELIA  
TIBURCIO SOTO, SEVERO  
TOLEDO MINAYA, NORMA  
TRUJILLO VALER, CESAR  
VALENTIN INOCENCIO, JHON  
VASQUEZ GODOY, MARIELA  
VASQUEZ SOLIS, AUGUSTO  
VEGA ESPINOZA, NANCY ALICIA  
VELARDE RUIZ, JESUS MARIA  
VERAMENDI QUIÑONEZ, JHENSI  
VIDAL DE LUYO, ELA  
VIDAL PALOMINO, ELIZABETH  
VIGILIO VILLEGAS, YONHER  
VILLANUEVA ACOSTA, CLEDY  
VILLANUEVA, MARTHA  
VILLANUEVA VILLANUEVA, JOSE  
VIZCARRA ROMAN, RONALD  
ZAPATA ALVARADO, GASTON

### ICA

AGUILES DOYNARE, DANIEL  
ANICAMA ZAPATA, ROLANDO  
AQUIJE UCHUYA, WILFREDO  
AREMOZA, FELICITA  
BAROVI, PEDRO  
BARRIENTOS, ANA MARIA  
BOADA CAVERO, IVONNE ALEIDA  
BONIFAZ HERNANDEZ, CARLOS  
CABRERA CASTRO, LUIS AMADOR  
CASAS GOMEZ, CIRO  
CASTAÑEDA RIVEROS, JOSEFA  
CAVERO DONAYRE, AQUILES  
CAVERO ESPINO, ALEJANDRO  
D'ARRIGO FRASSINETTI, MARIA ANTONIETA  
DAVALOS MEDINA, HUGO JAVIER  
DE LA CRUZ, ORLANDO  
DONAYRE PALOMINO, BRIAN RUBEN  
DONAYRE PASACHE, MIRTHA  
DONAYRE VASQUEZ, EDUARDO DANIEL  
ESPINO ROJAS, YULIANA ISABEL  
GAMBOA SICHA, TUTTY  
GENG OLAECHEA, MARGARITA  
GUERRERO OTO, HILDA  
HERNANDEZ, ANGELA  
HUARANCCA QUICHCA, LEON  
LAINEZ DE ORDOÑEZ, NERY ELVIRA  
LENIDA AQUILES, CRISTINA

# Lista de Facilitadores y Participantes



MAES MAYNI, BERTHA  
MONTALVO MONTOYA, HECTOR  
MORON MORON, GERARDO FELIPE  
MUÑOZ OLIVARES, NERLLY  
NINAPAYTA INCA, LOURDES  
NINPAYTA INA, LOUISA  
ORMEÑO, FELIX  
PEÑA SIGUAS, TANIA YANET  
PEREZ TIPACTI, BETTY ELIZABETH  
PRPELY, MANUEL  
QUICHCA LEON, HUARANCIA  
RAMOS, LUCY  
ROJAS MUÑANIE, ROBERTO EMILIO  
ROJAS SALVATIERRA, HECTOR OSORIO  
SANCHEZ CASTAÑEDA, LILIA  
SARAVIA DE ROMANO, MARTA RICARDINA  
SOTELO LUNA, MIRIAN SANDRA  
SOTO LEVANO, GUSTAVO ENRIQUE  
TORRES TASAYCO, CARLOS ALBERTO  
UCHARIMA TESAI, MARINO  
VERA LUNA, JUAN CARLOS  
VERA TAFUR, ALDO

## JUNIN

ACOSTA CARRILLO, CARLOS  
ALCALÁ CALDERÓN, ANTONIO  
ANTEZANA YALLE, ASTERIO LORGIO  
BREDIÑANA BAÑICO, DEMETRIO  
CABRERA NAVARRO, CARLOS EDUARDO  
CAMARENA QUINTO, ALAIN FRANZ  
CAMBORDA MARAVÍ, ROSA ISABEL  
CARHUAZ ZELAYA, MELBA NILZA  
CARO AGÜERO, GODOFREDO  
CHAVEZ ROMANI, ROBERTO URSICIO  
CORDOVA VDA DE CHIRI, HERMELINDA  
CUADRADO DE CLAROS, DELIA MONICA  
DAVILA QUIÑONEZ, GLORIA NIRVANA  
DIAZ ROUVIROS, JULIO CESÁR  
ELEVA AREVALO, GUSTAVO ADOLFO  
ESPINOZA VELIZ, MIRIAM ZULEMA  
FERNANDEZ GOMEZ, SAMUEL  
FUENTE MAGÁN, CARMEN ELVIRA  
HUAMANÌ PALOMINO, LUIS ALBERTO  
HUAYTÁN MARÍN, DORIS VILMA  
LLANTO HERRERA, TANIA AMARILIS  
MASCARÓ PEREZ, ELMER ALFONZO  
MEZA LEGUIA, FRANCISCO EDGARDO  
MIGUEL MEDINA, ISABEL  
MUÑOS SALINAS, JOHANA LIZZET  
PAITAN DE LOS RIOS, KEENIA YENY  
PALOMINO RODRIGUEZ, ANTHONY RICHARD  
POZO OLIVERA, MERCEDES CRISTINA  
QUISPE DELGADO, HAYDEE MARIA  
QUISPE GUTIERREZ, DANIEL SIMON  
RAMOS MENESES, ROBERTO EMILIO  
ROJAS DE RAMON, REBECA PORFIRIA  
SALAZAR TORRES, JACKELINE  
SAMANIEGO DURAND, CARMEN YONI  
TACURI GARCÍA, MOISÉS MARTÍN  
TERREROS MARTÍNEZ, ELISA  
TORRES MARALLANO, MARLENE ROSARIO  
VARILLAS LOLI, ANA MARIA  
VENEGAS PÉREZ, ROSARIO YOVANA  
VERISUETA ANTIPA, ROSINA YANETT  
YALLICO MADGE, LUZ CONSUELO  
ZANABRIA COH, DORIS GUADALUPE  
ZARATE DOMINGUEZ, DANIEL GUSTAVO

## LAMBAYEQUE

AYASTA INCIO, BERTHA  
BACA CAMPOS, JUANA MARISSA  
BALAREZO BECERRA, JORGE ALEJANDRO

BERNAL LLONTOP, LORENZO NICOLAS  
HERNANDEZ BRIONES, MARCO  
BURGOS MONTALVO, DIOCIDALIA  
CABELLOS CELIS, NANCY DEYSI  
CARRASCO SANDOVAL, HUMBERTO  
CARRILLO DIAZ, MARIA LUISA  
CENTURION LATORRE, RAMIRO  
CONTRERAS MUÑOZ, JAVIER  
DAVILA MESTA, MARCO  
DIAZ CARNERO, GRACIELA ZORAIDA  
ELIAS ADANAQUE, JOSE FERNANDO  
GONZALES QUINTANA, LUIS ALBERTO  
INAMI VIZCAYA, MARTA  
LINGAN GUERRERO, ROBERTO JAVIER  
LIZA CUMPA, DENIS  
LIZA CUMPA, GLADYS  
LIZARRAGA TOLEDO, ISABEL  
MANAYAY PURIHUAMAN, ESTEBAN  
MECHAN GONZALES, INES  
NUÑEZ POLO, JORGE ENRIQUE  
OLAZABAL BAYONA, ELMIRA CECILIA  
PAERALES MESTA, CONSUELO  
PIZARRO VILCHEZ, CELIA ROSA  
REYES MORALES, DORIS  
RODRIGUEZ CHIMOY, VICTOR  
ROMERO PERAMAS, NOE  
SAAVEDRA DIAZ, ADELA  
TORRES RISCO, FANNY ESMERALDA  
VASQUEZ PEREZ, MARGARITA

## LIMA METROPOLITANA

AGREDA DIESTRA, YVEL  
ALAYO RAMOS, CARMEN ROSA  
ALIAGA, MAX  
ALLAMERACO BOROTT, DANNY  
ALLAUCA TACAS, SANTOS  
ALLENDE MINAURO, CESAR  
ALVA FRIAS, GONZALO  
ALVA ROJAS, JUSTO  
ALVARADO MENDOZA, VICTOR AGUSTIN  
ALVES CHOQUE, EDUARDO  
AMARO SUAREZ, CESAR MARTIN  
AMAYA FIESTAS, MARIA  
AMORETTI SAENZ, MARTHA ISABEL  
ANAHUAS RODRIGUEZ, EULULIA  
ARANA MALPARTIDA, AMANDA  
ARANDA GUILLEN, REYNA  
ARISPE QNISTGAARD, VICTOR HUGO  
ARIZAGA RUJEL, GASTON ADOLFO  
ARNAO ORTECHO, JAIME  
ATUNCAR RAMOS, LUIS ALBERTO  
AVALOS CARREÑO, PATRICIA  
AYVAR GUTIERREZ, WALTER  
BALLONA CHAMBERGO, MARIA DORIS  
BENAVIDES, OMAR  
BENDEZU CARRILLO, JESUS RAUL  
BERNABE, FIORELLA  
BOCANEGRA PAREDES, JUANA  
BONILLA TUPANQUI, LINTON  
BRITTO ALVAREZ DE LUNA, ANGELICA  
BRITTO ALVAREZ, PILAR  
BURNEO SEMINARIO, GUILLERMO  
CABALLERO PAREDES, SILVANA  
CABRERA PARRA, FELICITA CLAUDIA  
CARBAJAL ZEGARRA, ELIZABETH  
CARDENA GALVEZ, YOBANO  
CARPIO CABALLERO, OFELIA JULIA  
CARRASCO BURGOS, NORA HAYDEE  
CASTAÑEDA ALARCON, JUAN MIGUEL  
CASTAÑEDA GARCIA, NINA ROXANA  
CASTIGLIONE G, GIANCARLO  
CATRINA ROMERO, GUSTAVO ADOLFO  
CERSSO VERGARA, VALIERY STABRY  
CHIOTTI KANESHIMA, ESTEBAN

CHONLON OTOYA, CARDINA  
COELLO VASQUEZ, JORGE ALBERTO  
CONDORI MAMANI, ANGEL ERNESTO  
CORNEJO CABEÑAS, VICTOR  
CRUZADO CACHI, SEGUNDO BALTAZAR  
CUCHC ORLIDA, LEONOR  
CURO LOPEZ, FLOR YOVANA  
DE PAZ QUIROZ, ROCIO DEL PILAR  
DEL CARPIO KRÜGER, JORGE FRANCISCO  
DELGADO DAVILA, BETTY DEL ROSARIO  
DIAZ CLAUDIO, CESAR ALEJANDRO  
DIAZ ESPINOZA, LOURDES LUCIA  
DIAZ FALCON, AUGOSTO  
DIAZ GONZALES, LUIS  
DIAZ ROSADO, RHOMMEL FREDDY  
DONAYRE TABER, AIDA GISELLA  
DURAN PANCLAS, MERCEDES  
DURAND MEJIA, FERNANDO  
ELANO AGUILA, GEORGINA  
ESCOBAR RODRIGUEZ, JESUS SANTIAGO  
ESTELA LLANOS, MELANIO  
EXEBIO MOYA, LUIS REYNALDO  
FERNANDEZ MALESPINA, JORGE  
FLORES MORENO, JOHAN  
GALARZA ARIAS, YANET  
GAVILANO BULEJE, DELFIN DIODORO  
GIRALDO, NOEMI  
GOMEZ GABRIEL, WILFREDO  
GONZALES ALMEIDA, MARUJA ETELVINA  
GONZALES VARGAS, EMYLSETT  
GUERRA GARCA, ROGER  
HIDALGO DIAZ, BERTINA  
HUAMAN RODRIGUEZ, JORGE  
HUANCA RODRIGUEZ, JORGE FIDEL  
HUAYAMERAS RODRIGUEZ, CARMEN  
HUAYLINOS SANCHEZ, PASCUAL  
HUAYTA HUAYAPA, LOURDES  
HURTADO RUBIO, JORGE LUIS  
JARA GONGORA, MARIO WALTER  
JARAMA CAYSAHUANA, LILIAN  
JIMENEZ, ENRIQUE HUGO  
JUAPE VEGA, JUAN MARCIAL  
LAZO SILVA, ABRAHAM  
LEGUA RAMIREZ, CLARA ELDER  
LLAMOZA JACINTO, JAVIER JESUS  
LOAYZA SULCA, MARGARITA  
LOPEZ GIRALDO, INES  
LUNA MARTINEZ, ROSA GLADYS  
MACHADO ROSAZZA, SERGIO  
MATOS DE MIRANDA, ROSARIO  
MELGAR GUTIERREZ, GIOVANNA  
MENDOZA, ROSARIO  
MIRANDA BENITEZ, NELLY PILAR  
MIRANDA FLORES, MARIA ALINA  
MIRAVAL CONTRERAS, ROSARIO  
OSORIO MOSQUERA, NILDA  
PADILLA, JESUS  
PEZUA PIÑELLA, MARIO  
PUNTRIANO, JULIO  
QUIÑONES, RITA LUCERO  
QUISPE, ROLANDO ESTEBAN  
RAMIREZ FIGUEROA, GLADYS FANA  
RAMIREZ KREDONAT, ZORAIDA  
RAMIREZ PINEDO, SONIA  
RAMIREZ QUISPE, CRISTINA  
RAMIREZ, MILAGROS  
REATTEGUI SANCHEZ, MILCIADES  
RIEGA LOPEZ, PEDRO  
ROJAS, IVAN  
ROJAS ARCE, NORKA  
RUIZ ZAVALA, SILVIA ELENA  
SAMAME MANCILLA, SILVIA SARA  
SAN MIGUEL GUTIERREZ, SOFIA YSABEL  
SANCHEZ CABALLERO, MILAGROS  
SEGURA PEREZ, JULIO ANDRES  
SILVA WILSON, DANIEL GUILLERMO



## Lista de Facilitadores y Participantes

SOTO LINARES, CARLOS  
SOTO MORE, MONICA  
SOTOMAYOR RUBINO, ARMANDO  
TEJADA DURAND, MARIA DEL R  
TEJADO NORUEGA, ALBERTO  
TEJEDA VALERA, ALEJANDRA LIDIA  
TENARIO PORTILLA, GULIANA  
TORIBIO MEDINA, ROSALYNN ALBINA  
TORRES GOMEZ, JOSE FELIX  
TUPAYACHI, JORGE  
URBINA BALDEON, BETTY CAROL  
URETA TAPIA, JUAN MANUEL  
VALENTE QUISPE, JOSEANNE  
VASALLO, ARTURO  
VEGA VEGA, OSCAR MIGUEL  
VELA SAAVEDRA, JORGE AURELIO  
VERA YACILA, HAYLA MILAGROS  
VILLANUEVA KANEMOTO, MIGUEL  
VILLENA PIEROLA, JORGE ANTONIO  
YACILA ZAPATA, HILDA  
ZEGARRA SAMAME, TULA MARCELA  
ZEVALLOS QUINTEROS, LESLIE

### LIMA PROVINCIA

ACEVEDO PEREZ, BERTHA  
ACHUYA SUSUGA, LUZ  
ACOSTA ASHTU, MARCO  
ADAUTO CONDORI, PATRICIA MARIBEL  
AGUADO GONZALES, PETRONILO  
AGUIRRE ORTIZ, MARGOT  
AGUIRRE SANTIVAÑEZ, PAULINO  
ALCALDE SANTOS, AIDA  
ALCANTARA RAMOS, FLOR ROMARIA  
ALEMAN SALDARRIAGA, FEDERICO  
ALICAMA VILLANUEVA, DIANA  
ALOR NONATO, GRISELADA KARINA  
ALVARADO NICHU, GISSELA  
ALVAREZ VIUDA DE MIURA, GLADI  
ANTESUALE ARAUJO, ALFONSO  
APARICIO ARRIETA, AUGUSTO  
APARICIO ARRIETA, CARLOS  
ARAGON DAMIAN, MERCEDES  
ARASHIRO, ISABEL  
ARELLANA DEZA, LEON  
ARGUELLES ESTUPIÑAN, LUIS  
ARMEJO VASQUEZ, ANTONIO  
ARROYO QUISPE, MARLY  
ARTEAGA ARAUJO, ALFONSO  
ASCARRUZ BERGARA, CHICELL  
ASTUÑAUPA ARELLANA, VIDAL  
ATALAYA MENA, MARIA CONCEPCION  
AYALA SANTOS, SAIDA  
BARDALES GARCIA, MIGUEL  
BAZALAR PAREDES, GIOLIANA  
BEGAZO POMAR, WILLY  
BERNAL VILLAREAL, LUZ AMPARO  
BORJA MAGUIÑO, DORALINA  
BUSTAMANTE ALVA, CARLOS  
BUSTAMANTE DE VISSO, LIDIA  
BUSTAMANTE TIBURCIO, EMILIANA  
CACERES LEON, JHONY  
CACHA CORSINA, ROSA EUGENIA  
CAHUINA ZAPANO, ADELIA  
CAJACHAGUA RIVERA, SIXTA  
CALERO SANCHEZ, JUSTO  
CAMONES LUCANA, CARMEN ROCIO  
CAMPOMARES RAMIREZ, JOSEFA  
CARBAJAL PANUETO, JORGE  
CARMIN ISIDRO, RUPERTO  
CARREÑO ESCOBAR, MARIA LEONOR  
CARRION, TEODORO  
CARRION ORNACHEA, MIRIAM  
CARRISALES CASTILLO, GIULIANA  
CASTAÑEDA ESTUPIÑAN, FERNANDO

CASTILLO AHUMADA, MARTHA  
CASTILLO REYNOSO, KARIN  
CASTRO ASTI, GLADYS ISABEL  
CASTRO NICHU, CONSUELO  
CAYETANO SERNA, YDA MIRIAM  
CERVANTEZ FALCON, FABRICIO  
CHAVEZ MATOS, SONIA DARINKA  
CHAVEZ RAMIREZ, ENRIQUE  
CHAVEZ SANTARIA, VICTOR MANUEL  
CHAVEZ ZAMORA, LUIS  
COCA BALTA, MARTA MATTA  
CONTRERAS RAMIREZ, GISELA  
CORA GUTIERREZ, DELIA  
CORALES MARTICORENA, JORGE  
CORDOVA QUIROZ, ZOILA  
CORTEZ CASTILLO, MARIA ISABEL  
COTRINA ANAYA, AYDEE  
CUELLAR RAMOS, ESELENIO  
DE LA CRUZ CASTAÑEDA, ANA  
DE LA CRUZ CASTAÑEDA, ZOILA  
DE LA CRUZ PAUCAR, MONICA  
DIAZ BAZAN, JORGE LUIZ  
DIAZ CRUZ, ROBERTO  
ECHENIQUE GARCIA, MARIA  
ESPINOZA ARINAGORTA, ADOLFO  
ESPINOZA DIAZ, SUSY VERONICA  
ESPINOZA MUÑOZ, EUSEBIO  
FARROMEQUE NONATO, ROSA  
FIGUEROA DIAZ, MIGUEL  
FLANA ZARATE, LUIS  
FLORES ATACHAHUA, GIOVANA  
FLORES LA NEGRA, ANGEL  
FLORES PEREZ, EDUARDO MARCOS  
FLORES RAMOS, HENRY  
FLORES REYES, LUDI  
FLORES SIMBRON, GIOVANA  
GALVEZ QUISPE, ANTONIO  
GARCIA RAMIREZ, ADOLFO WILFREDO  
GOMEZ RUTTI, YULIANA  
GONZALES ALEJOS, YAQUELINE  
GRADOS GARCIA, ERLINDA  
GRADOS GRADOS, FLOR  
GUERRA CHAVEZ, JORGE  
GUEVARA LOPEZ, JULIO  
HARO AZAÑERO, PABLO  
HERNANDEZ MORALES, TOMASA  
HUAMAN BELTRAN, ELENA  
HUAPAYA SANCHEZ, HECTOR  
HUARACHI ORIHUELA, JANET  
HUARI REYNA, AMERICA  
HUARI YOLAZCO, ESTHER  
HUMANLAZO SANCHEZ, RAUL  
ISLA DE PEÑA, MARTHA  
JARA SALAS, EDGAR  
JAVIER JIMENEZ, DORIS  
JAVIER LOPEZ, PRUDENCIO  
LA ROSA LINARES, LUIS ENRIQUE  
LAOS FERNANDEZ, ELENA LUISA  
LAZARO NAZARIO, JULIO P.  
LEON MELO, EMMA  
LEON VILCA, GINA LIZ  
LOO SU, MERCEDES  
LOPEZ CALDERON, ALFREDO  
LOPEZ SALCEDO, ELIZABETH  
LORA SALAZAR, TITO  
LOZA RUIZ, LUCIA  
LOZA RUIZ, LUCIA DAYDI  
LUY GALLARDO, JORGE ABEL  
MAGUIÑA LOLI, LIDA VICTORIA  
MALLUCO SAYAN, FLOR  
MANGA LOPEZ, AMANDA  
MANRIQUE LA ROSA, GUSTAVO  
MANRIQUE VALLEJOS, YAMILE  
MANRIQUEZ LUCHO, SOLEDAD  
MARTINEZ, VILMA  
MARTINEZ CORONADO, JORGE

MARTINEZ PADILLA, GUSTAVO  
MEDINA ALEJOS, CESAR ALBERTO  
MEZA BERNUY, MARTHA IRENE  
MEZA Y SALINAS, CARLOS  
MINAYA GRADOS, ARMANDO TITO  
MIRANDA LY, CARLOS  
MUGRUZA MENDOZA, PERCY  
NAMUCHE MONTES, ROSARIO  
NATIVIDAD ROMERO, VICTORIANO  
NICHU BRONCANO, MIGUEL  
NOREÑA R., MARIO  
OBISPO ALVA, FANNY MARIELA  
OLUCO, JAIME  
ORTIZ SOUZA, HUGO  
OSORIO VILLANUEVA, NEMESIO  
OSTOS PAZ, LUIS  
OYOLA CASTRO, TELMO  
PABLO PAREDES, GLADYS  
PALACIOS OLORTEGUI, SANDRO  
PALOMARES AREVALO, FERNANDO  
PALOMO LUYO, FELIX  
PANASPAICO MEDINA, ALICIA  
PEÑA OSCUVILCA, AMERICO  
PICHARDO DIAZ, EDITH AMELIA  
QUEIROLO SOTELO, GUILLERMO  
QUICHIZ REYES, TITO DAGOBERTO  
QUILCA VALERIO, GRIMALDO  
QUINECHE COCA, CARMEN  
QUIÑONES RIVERA, HITLER  
QUIÑONES SILVA, JHONATAN  
QUISPE ROJAS, ADELMO  
QUISPE SORIANO, ROGELIO  
RAMIREZ CAVERO, HILDA  
RAMOS MALLAS, ANA  
RAMOS MARTEL, RAFAEL  
RAMOS PACHECO, AYDEE  
REYES JIMENEZ, ORIVIA  
REYES TRIGOSO, GLORIA  
REYNOSO FERNANDEZ, MAX  
RIVADENEYRA MESTAS, JAVIER  
ROBLES TORRES, MAXIMO  
ROCHA DE VIRHUEZ, ALICIA  
ROJAS RODRIGUEZ, ELIZABETH  
ROMERO MENDOZA, MAXIMO  
ROMERO, CESAR  
ROSAS ALVARADO, MISAEL  
RUIZ MORI, ANA MARIA  
RUIZ SANTANA, SOFIA  
SAL Y ROSAS DE RAMIREZ, MARIA  
SALAZAR BELTRAN, NANCY  
SALINAS HUAMAN, VIRGINIA  
SALINAS SARAVIA, JOSE  
SAMANAMUD CARREÑO, LUPE  
SANCHEZ CASTRO, ELEODORO  
SANCHEZ REBAZA, ESTHER  
SANCHEZ SALINAS, ANTONIO  
SANCHEZ VENTANILLA, CARMELA  
SANDOVAL, MARIA  
SARMIENTO RAMOS, ANA  
SILVA MILLORA, DIANA CAROLINA  
SIPAN GONZALES, EILLEN  
SOTO MUÑOZ, WILLIAM  
TAIPE MENDOZA, BETTY  
TIPIAN CASTILLO, BLANCA  
TORRES DE MEZA, ELIDA  
TORRES MUÑOZ, EVELIN  
TREBEJO VILLARREAL, EDGAR  
TREJO DIAZ, MAIRA  
TREJO MALDONADO, NARCISA A.  
TRINIDAD MELGAR, PROSPERO  
URBANO BAZALAR, JUAN FRANCISCO  
URBANO RAMIREZ, EDA JUDITH  
VALDERDE ALBERTO, YOLANDA  
VALENCIA FONSECA, AUGUSTO CESAR  
VARGAS FERNANDEZ, JESUS  
VASQUEZ ALMERIDA, JUAN

# Lista de Facilitadores y Participantes



VEGA CARDENAS, ROSALIA  
VEGA CHINCHAY, CARMEN  
VELIZ FERNANDO, ANDRES ROSSI  
VILCA BELLIDO, BERNANDO TEOFILLO  
VILLANUEVA YANSEN, RENATO  
VIVANCO VILCHEZ, CLAUDIA  
VIVAS RAMOS, PABLO  
YANAC MORALES, DULA SOLEDAD  
YARLEQUE CHINCHAY, JOSEFINA  
YARLEQUE RUIZ, PABLO  
ZAMUDIO DELGADO, JOSE

## LORETO

AGUIRRE TAFUR, DAMASIO  
ALEGRE PALOMINO, YURI ALFONZO  
AMPUDIA RUIZ, ERWIN  
ARANA PANDURO, MARGARITA  
AREVALO ALVIES, ROBERTO  
BARBARAN DE AREVALO, SILVIA DE ROSARIO  
BARRAGAN MUÑOZ, FIDY  
BUSTAMANTE PEZO, CLARA DELFINA  
CABRERA ARCENTAL, LUZ  
CALDERON PAREDES, LUIS  
CARDAMA CARDOZE, BLANCA SONIA  
CASANOVA ROJAS, WILMA SELVA  
CERRÓN MURRIETA, ELIU  
CEVALLOS VERA, RAMON MANUEL  
CHACÓN SALAZAR, ANA MARÍA  
CHAVEZ RIOS, CESAR ROMUALDO  
COLLANTES VELA, MANUEL  
CORAL GONZALES, CARLOS ALBERTO  
CORREA LINARES, RICHARD JACK  
CUENCA PÉREZ, LEEA AMALECITA  
CURTO CHAVEZ, JUAN ERNESTO  
DAVILA TELLO, CARLOS  
FARROÑAY FREITAS, JESÚS  
FERNANDEZ, NERY  
FERROÑAO FREITAS, JESÚS  
FLORES MONCADA, HERBERT  
FLORES SANCHEZ, JOSÉ ALBERTO  
FLORETT DIAZ, ERWIN  
GERRERO PINEDO, ROCIO  
GOMEZ MONDRAGON, JANIS  
GOMEZ, DEYSI  
GONZAELS DAVILA, EFROCINA  
GONZALES FONSECA, MARIBEL  
GUERRERO PINEDO, ROCIO  
GUEVARA INJANTE, JONN  
HEREDIA QUEZADA, GREGORIO RODOLFO  
LOPEZ LINIA, RENZO  
LOPEZ PINTO, GONZALO  
LOZANO CAROZZI, GIANINA  
MAMANI VILLACORTA, EDUARDO  
MAMANI VILLACORTA, EDUARDO  
MELENDEZ TAM, VICTOR RAFAEL  
MENDOZA RAMOS, VICTOR MANUEL  
MENEDEZ ROJAS, LUIS AMERICO  
MEZA SANCHEZ, GRACIELA  
MONGE DAHUA, GERARDO  
MONTALVAN INGA, CARMEN HERLINDA  
MONTES DE VASQUEZ, LICENIA  
MONTOTOY PEREZ, MADELEINE  
MURAYARI MACAYO, JOSE  
NUNES DE SALAZAR, ETSY ROXANA  
NUNES NORONHA, ELSY  
NUNES NORONHA, LINA MARITZA  
OLORTEGUI PEZANTES, LUZ MARINA  
ORBE SANCHEZ, ANGEL  
PANDURO DE CÁRDENAS, ADILIA  
PARIMANGO, MARCOS HUGO  
PÉRES DE VEGAS, MARIA GLORIOSA  
PEREZ, MARIA  
PINEDO VELA, RAUL  
RAMIREZ SANTANA, MANUEL

RIMACHI ZEVALLOS, LOTI MELANIA  
RIOJA ROMAYNA, ARNULFO  
RIVAS PANDURO, MARINA  
RODRIGUEZ RENGIFO, MANUEL  
RUIZ CHARPENTIER, BERTHA  
RUIZ ESCALANTE, LUCIA  
SAAVEDRA SEVILLANO, LILIAN  
SALAS COBOS, MAOLO  
SANCHEZ RAMIREZ, SENON  
SIFUENTES RENGIFO, JORGE OSCAR  
SILVA DELGADO, HERMANN FEDERICO  
SOLISBANGO ASPAJO, LIZARDO  
TARAZONA SÁNCHEZ, MARIO ENRIQUE  
TORRES ANDRADE, RÓMULO  
VACA HUAMAN, JOSE  
VASQUEZ VALERA, YVAN ENRIQUE  
VELA COLLANTES, MANUEL  
VELA DE VEINTEMILLA, PILAR  
VIGIL ALVARADO, MARIA LUISA

## MADRE DE DIOS

AGUILAR CAHUANA, VILMA  
ALVAREZ BELSON, MARTHA  
CENTENO VELASQUEZ, IRMA BERTA  
CONTRERAS RIOS, CARLOS ENRIQUE  
DE LA GALA KOGA, JOSE MIGUEL  
FACUNDO AYALA, VICTORIA CATALINA  
GONZALES MELENDEZ, IDA ELIZABETH  
HUAMANCHAU CRORAHUA, EMPERATRIZ  
KAWAI KUMORI, SANTOS  
MAMANI QUISPE, MARIBEL  
MENDOZA BERMUDEZ, MARIA ALBERTINA  
NINAN CASTAÑEDA, FERNANDO  
ORTEGA CHOQUE, PAUL  
PUMACAHUA LIMA, ELENA  
QUISPE AUCACUSI, EDITH VERONICA  
RENGIFO KOHN, ALDO GUSTAVO  
RUIZ VELA, EDWIN  
SULCA BAUTISTA, GLORIA PRISILLA  
VENTURA DE HUESEMBE, NOEMIA  
VILLARRUEL DIAZ, JHEMMY  
WAUNKUN VIGIL, DANIEL  
YAUYS TUESTA, JORGE LUIS  
ZEA VALDIVIA, KRISHMA

## MOQUEGUA

AMELQUITA JORGE, DORIS  
APAZA CACERES, FRESIA  
APAZA MAMANI, ERNESTO CRISTOBAL  
APAZA PINTO, MARIANELLA REYNA  
ARANDA JUAREZ, EDGARDO  
ARIAS TALAVERA, ANABEL  
AYMA HUACA, MARTINA  
BARRIONUEVO PIZARRO, WALTER  
CABELLO OVIEDO, CALIXTO ANTONIO  
CACERES PLANTARROSA, DEYVI  
CARBAJAL APARICIO, KARINA ELENA  
CHAVEZ GONZALES, EDGARDO  
CHECALLA PONCE, JULIA  
CHIPANA CUTIPA, SATURNINO ANDRES  
CHIPANA FARDE, DANNY  
CORNEJO MEDINA, MARIA  
CRUZ MAYDANA, YAMELI  
CUAYLA MAMANI, JUDITH  
CUTIPA GOMEZ, LISANDRO  
DELGADO CONDORI, WALTER ALIPIO  
DIAZ OLAZA, CARLOS  
ESPEJO SANCHEZ, MARGOT  
FARFAN OBANDO, CARMEN  
GOMEL MAMANI, JUAN FRANCISCO  
GONZALES GOMEZ, SANDRA  
HUERTAS DE REYNOSO, MIRTHA

JIMENEZ SAVDON, ALBERTO  
JUAREZ VERA, CARMEN  
JUSTO PORTOCARRERO, KAREN  
KIONY CORNEJO, GUILLERMO  
LAZO ARAGON, MARIA SANTOS  
LAZO MAYORCA, LUIS  
LIMACHE MELENDEZ, RUTH  
LLANOS CENTENO, ELDVEN VELES  
LOPEZ VARGAS, PEDRO  
MAMANI ARANA, ALEJANDRO  
MAMANI CERVANTES, ASEHIMI  
MAMANI MAMANI, EDUARDO  
MAMANI RAMOS, JESSICA  
MAMANI ZAVALA, GERARDO  
MANUY GONZALES, VALENTIN  
MARROQUIN DE ZIRENA, RICARDINA  
MEDINA MONTES, LEONOR  
MENDOZA MANCHEGO, SOLEDAD  
NAPA VALLE, CESAR  
NINA VELASQUEZ, EDUARDO ANTONIO  
ORMEÑO CABRERA, LARRY JIMMY  
ORMEÑO CABRERA, VARRY  
PARI CCAPA, ROSA ESTHER  
PEÑARANDA DE MERCADO, PIEDAD FELIPA  
PILCO ALBERTO, NATALIA  
PINTO RAMOS, JORGE  
PORTILLA ALARCON, HUMBERTO  
QUILCA CASTILLO, ALBERTO  
QUIRANO ESCOBEDO, MARIA TERESA  
QUIROZ VARGAS, RENSO MILTHON  
RAMIREZ RAMOS, IRMA IRENE  
RISCO ESQUEN, FAUSTINA ANTONIETA  
RIVERA CHEMBAS, JOSE MARIA  
RIVERA VASQUEZ, ROSELENA  
RODRIGUEZ PORTOCARRERO, ENRIQUE  
RODRIGUEZ VILLANUEVA, JAIME ALBERTO  
ROSILLO DIANDERAS, CORNEJO  
SALAS ARENAS, HECTOR BENJAMIN  
SALAZAR PONCE, WILFREDO DANTE  
SANCHEZ RIVERA, ARLIS HERNAN  
SEGURA CHIRINOS, FRANK ROBERT  
TAFUR RICHERTI, BETI  
TALA ESTACA, LUIS  
VARGAS RIVERA, CELIA  
VARGAS, CELIA  
VERA TORRES, MANFRED  
VERASTEGUI CARRANZA, GUILLERMO  
VILCA MERCADO, JOSE DANIEL  
ZEBALLOS DE ESPEZUA, ESTELA JACINTA  
ZEBALLOS, ANTONIETA  
ZEBALLOS NUÑEZ, EDITH

## PASCO

ALDAVE PITA, JOSE  
ALTAMIRANO MATOS, VALERIA  
ALVARADO FANO, ANA  
ANAYA MACURI, JUVENAL  
AREVALO TELLO, ANA  
ARIAS ATAHUAMAN, VICTOR ALBERTO  
BELTRAN LANDERS, NATALIA  
BLANCO VILLEGAS, ISABEL  
BONILLA MEZA, MARIO  
CACERES, DORIS  
CAJACHABON, LIZANDRO  
CAMARENA, ISABEL  
CAMONES MENESES, VICTOR  
CAÑARI MARTICORENA, PERCY  
CAÑON MARTICORENA, PERCY  
CARHUANCHA, MIRIAM  
CORNEJO VALERIO, ZONIA  
DE LA CRUZ, JAVIER  
FERRUZO TRUJILLO, CAROLINA  
FLORES ARROYO, MISAE  
GALINDO SABIN, YOSIEL



## Lista de Facilitadores y Participantes

GALLARDO ARANDA, SUSANA  
GARCIA MELENDEZ, CARLOS  
GORA ROBLES, GIOVANNA  
GUARNIZO CHALCO, PATRICIA  
GUERRERO INCA, MARCO  
HASSINPER SANCHEZ, EMILIO  
HERRERA, PAULA  
HILARIO PORRAS, NELLY  
HINOSTROZA, BETSY  
HUAMAN VERTIZ, IRMA  
HUAYLANCAJAN GONZALES, CELSO  
INGUNZA MENDOZA, EDMAR  
JORGOS MELGAREJO, ALCEDO  
KIWAKI GOMEZ, JULIO RAFAEL  
LA TORRE MOSCOZO, JUAN CARLOS  
LEON, PERCY  
LEON MUCHA, FLOR DE MARIA  
LIMAYLLA ROJAS, LUPE  
LOZANO SAAVEDRA, MARIA  
MANDUJANO QUINTANA, KARINA  
MANQUE OSORIO, FREDDY  
MAURIGUE ZORRILLA, NELFA  
MONTALBO RAMON, MARIBEL  
MORALES ROJAS, HILDA  
OSORIO SILVESTRE, ROSSY  
PANDO REYES, GIOVANNY  
PAREDES MATEO, ESTEBAN  
RICALDI ZARATE, MARTHA  
RIVERA HERRERA, JOSE  
RIVERO ASTO, DELIA  
RODRIGUEZ, RODY  
ROJAS SALAZAR, PERCY LUIS  
ROSAS BRUNO, WOLER  
SALAZAR LEVANO, JESUS  
SANCHEZ ALIAGA, LUZMARIA ISABEL  
SOTO MEDRANO, PERCY  
SUAREZ FLORES, JUDITH  
SUAREZ MINAYA, JUSTO  
TACURI AGUERO, ELMO  
TAQUIRI AMES, ODELI  
TORIBIO VICTORIO, JUAN  
TORRES CARBAJAL, SAMUEL  
TRAVEZAÑO CANTA, LUIS  
VALLADARES ESPINOZA, DAVID  
VEGA BERMUDEZ, TELMA  
VEGA PUZON, EMILIA  
VELEZ DAVILA, EVELYN  
VEROU LIAM, NORKA  
YANA YUFRA, CARMEN

### PIURA

ALDANA PUESCAS, EPIFANIO  
ANDRADE CRISANTO, LUCERITO  
ANTON FARFAN, RUBEN ALBERTO  
APAESTEGUI GOMEZ, CARLOS EDUARDO  
ARAMBULO TIMANA, VICTOR RAUL  
ARRUNATEGUI NOVOA, MANUEL ANTONIO  
BACA VARGAS, MARIELA  
BALLONA UBILLUS, CARLOS EDUARDO  
BENITES PRADA DE BEINGOLEA, ROSA LUZ  
CAJAS DE VELARDE, MARTHA ISABEL  
CALLE CASTILLO, CRUZ MARIA  
CALLE DE APONTE, GLADYS  
CARDOZA GUTIERREZ, RAÚL  
CARLIN RUIZ, JOSE LUIS  
CASTRO ALAMO, MANUEL ENRIQUE  
CELI ROA, MIRTHA CAROLINA  
CESPEDES MEDRANO, JOSE AVELINO  
COAGUILA RAMOS, JESSICA  
COLUMBUS SANDOVAL, SUSANA  
CORREA GIRON, ANA MARY  
CRUZ CRUZ, JANET DOLORES  
CRUZ MICHILLOT, CARLOS EDUARDO  
ESPINOZA DE CORREA, JOSEFINA

FLORES JIMENEZ, LUIS ENRIQUE  
GARCIA CORTEZ, LUZ MARIA  
GONZALES CORNEJO, MANUEL  
GUEVARA CERNA, MERLAN DEL ROSARIO  
GUTIERREZ SILUPO, JUANA  
HUACHILLO CHUQUINIMA, ELOY  
LACHIRA TIMANA, MARIA ANGELICA  
LLACSAHUANCA TIMOTEO, LUIS  
LOPEZ LOPEZ, ELIGARDO  
MARENA HERNANDEZ, LEONCIO  
MASIAS DE LA ROSA, SECUNDO  
MORALES PASAPERA, TELMO  
MORENO CUEVA, HAYDEE  
NAVARRO DUQUE, GILBERTO JACINTO  
NAVARRO RODRIGUEZ, FAUSTO ARMANDO  
NUNJAR CASTILLO, JUAN  
OLAYA CORTEZ, OTILIA  
ORTIZ GRANDA, LUIS ALBERTO  
PALACIOS PALACIOS, ROSA ELENA  
PARDO CHUMACERO, CESAR OSWALDO  
PAZ VALENCIA, CARLOS ALBERTO  
PAZOS CRUZ, CARLOS ALFONSO  
PEÑA IBAÑEZ, KEYOZENKO IGNACIO  
QUEZADA JARAMILLO, MARITA  
RAMIREZ NIEVES, WILSON  
REYES CARREÑO, RICARDO  
ROMAN BANCES, JUAN CARLOS  
RUIZ BARRETO, MARIA ESTHER  
SAAVEDRA ARRIETA, JOSEFA AURORA  
SANDOVAL ARRUNATEGUI, DESIDERIO  
SEMINARIO POZO, ROBERTO MOISES  
SILVA POZO DE YARLEQUE, MARY  
SILVA VILCHEZ, MACARIO  
TAVARA ATOCHE, JOSÉ HILTOR  
TELLO ROSAS, JACKELINE CAROLINA  
TEZEN AMAYA, ROSA ELVIRA  
VALLADOLID CIENFUEGOS, CLARA LUZ  
VASQUEZ GODO, MAXIMO AUGUSTO  
VEGAS OLAYA, WALTER ALBERTO  
VILCHEZ FLORES, ROSA ELENA  
ZAPATA RODRIGUEZ, VIVIANA JULISSA

### PUNO

ALFARO ZAPANA, NORMA MARIA  
ALFEREZ CONDORI, SHEDY  
ALIAGA LIPA, DIKENEON  
ALVAREZ ALVAREZ, BELEN  
AMANQUI RODRIGUEZ, CRISPÍN  
ANALIN TEJADA, FORTUNATO  
APAZA APAZA, CLAUDIO  
APAZA MORALES, INES  
APAZA, ERNESTO  
APAZA HUAYTA, MARCELINA  
APAZA, PABLO  
APAZA TICONA, ERNESTO  
ARANQUI JARA, LISBETH  
ARGANDOÑA ALIAGA, LYDIA CATALINA  
AROCUMPA A, PEDRO  
ARRATIA CHAMBI, MARUJA  
ATENCIO HUANACUNI, LUCIANO  
BONIFACIO, DORA  
BURGA VALERIANO, ABSALON  
CABRERA CASO, ENRIQUE  
CACHO HUALLPA, LILIAN  
CAHUAPAZA, JESUS ZELIO  
CAHUARI CURO, ELIZABETH  
CALDERON BERRICAL, IVAN  
CALDERON QUINTANA, MARISOL  
CALLA APAZA, JUAN CARLOS  
CALLA, TEOFILO  
CALLAN VARGAS, GUSTAVO  
CAPOJAÑA, JOSE VICTOR  
CASAFERATA, PERCY  
CASANOVA LANCHIPA, JARDIEL

CEOPA MAMANI, LUCIA  
CHAMBELLA CENTENO, SILVERIO  
CHAMBILLA ADUVIRI, VALENTINA  
CHEVARRIA, MYRIAM  
CHICAHUARI QUISPE, SARA MARLENI  
CHIRINOS GALLEGOS, NELVA ENRIQUETA  
CHOQUE ALEJO, VIDAL MOISES  
CHOQUE CHOQUE, LUCIO  
CHOQUE FERNANDEZ, INES  
COILA MAMANI, NEMHAD  
COLQUEHUANCA, CELEDONIA  
CONDORI ORDOÑEZ, GENARO  
CONDORI PALOMINO, SUSANA  
CORA CONDORI, DELIA  
CUADROS VISCARRA, CARLOS VICENTE  
CUCHO CUADROS, DAMIAN  
CULSANO, HIPOLITO  
DÍAZ ARISTEGUI, CIRIANO  
DUEÑAS PAREDES, YANINA  
GADILLO CASTRO, MARTHA  
GARCÍA FERNÁNDEZ, BETTY RUFINA  
HERRERA MONZON, JOSE LUIS  
HERRERA TOLA, EMILIO  
HINOJOSA VILCA, REYNA  
HUAMPA HUAMANI, MATILDE  
HUANCA AZILLO, ANDERSON  
HUATTA MOLLEPAZA, SAMUEL  
HUAYHUA SARCCO, SATURNO  
HURTADO HUANCA, SERGIO  
INCALLA LIPE, MARCOS  
JAHUIRA HUMIRI, JUAN GENARO  
JAMITO C., GUADALUPE  
JARA GARAY, VICTOR  
JAVE QUISPE, GERADO  
LAJO SOTO, FRANCISCO ARMANDO  
LAQUI RAMOS, MARCELINO  
LAUREANO PEDROZA, GLADYS  
LEIVA VITER, JORGE  
LOPEZ HUAHUASANCO, ISABEL  
LOPEZ QUISPE, ULDER  
LOPEZ TEJADA, JORGE  
MACHUCA M., PEDRO  
MALDONADO ZANABRIA, UBALDINA  
MAMANI CACHICATARI, REGULO  
MAMANI CARPIO, DAVID  
MAMANI LOPEZ, FREDDY  
MAMANI LUNA, VERONICA  
MAMANI RODRIGUEZ, PEDRO  
MAMANI, YENI ROGELIA  
MANCHEGO ERIQUEZ, JOSE VICTOR  
MANTA MARVI, CERIA  
MAYTA TITO, MELITON  
MEDINA CARPIO, PAUL  
MEDINA LOJE, SABINA  
MELENDEZ MORI, CARLA  
MIRANDA ZEA, AURELIA  
MOLINA APAZA, VICTORIA  
MOQUERA, SILVIA SOLEDAD  
MORALES GIRALDO, LAURA  
MUJICA ZUÑIGA, KARIN  
NAVARRO SANDOVAL, CIEYBER  
NUÑEZ CALA, GERVACIO  
OCRO CHIPAN, GREGORIO  
OLAVE BENITES, ANTONIO  
ORDOÑES, CARMEN  
ORE QUISPE, ROEL  
ORTIZ ZAVALA, YOEL  
PACHARI INOFUENTE, RUBEN  
PAEZ MACHACA, FANNY  
PARI MAMANI, WILLY  
PARI PARI, CESAR RUBEN  
PARISACA, INES  
PERALTA ILLAVE, SEVERO  
PIMENTEL, LUCRECIA  
PINAZO CALSÍN, CLOTILDE  
PINEDA HINOJOSA, LUIS

# Lista de Facilitadores y Participantes



POMA PERALTA, MARTHA ELSA  
POMALEUQE SUCASACA, FLORA  
POMAZO, CLOTILDE  
PUMA QUISPE, ARMANDO  
QUIROZ HUANCA, MOISÉS  
QUISPE ALATA, ADRIAN JOEL  
QUISPE AQUINO, DAVID  
QUISPE CALIZAYA, MARY  
QUISPE COILA, DAMIANA  
QUISPE LAUREANO, ROSARIO  
QUISPE ORTIZ, GLADYS  
QUISPE VILCA, SUPLICIO  
QUISPE, JOEL  
RAMIREZ MAMANI, CRISTINA  
RAMOS QUISPE, GILBERTO  
RAMOS RAMOS, CASILDA TEODORA  
RODRIGUEZ ROBLES, MARIO  
RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARIO  
ROJAS VENTURA, RUTH TANIA  
ROMAN, DAVID  
RONDINEL LOPEZ, MARIA  
RONDÓN MALDONADO, GABRIEL  
SALAS CATAORA, JUSTO ERNESTO  
SALAZAR VENTUR, VILMA  
SALGUERO A, TAKASHI ALBERTO  
TANARICO ROCA, MOISÉS  
TICAHUANCA CAPCHA, SOCRATES  
TICONA CALANCHO, RAFAEL  
TITO LARICO, RUBEN  
TORRES CALIZAYA, JULIA  
TORRES SUCRE, CELSO EDGAR  
TORRES SUCRE, JOSE  
TUPO CONDORI, PILAR  
VALERO GALLEGOS, PEDRO ELOY  
VEGA CUSICANCHI, SUSANA  
VELARDE MOSCOSO, MARIO  
VELASCO GARCIA, RAFAEL  
VELEZ MUÑOZ, YOLANDA  
VENTURA HUMIRI, PASCUALA  
VENTURA LUPACA, RAUL  
VENTURO ZAMBRANO, WILBER RAUL  
VIAS FIGUEROA, BELINDA  
VILCA CONDORI, JUAN JOSE  
VILLANUEVA ARAGON, CARLOS ALBERTO  
VILLANUEVA HUARACHI, ISMAEL  
VILLAR GONZÁLES, VICTOR AMÉRICO  
YANA CRUZ, GUZMAN VICTOR  
YUCRA CARITA, YOLANDA EDITH  
YUFRA, SALOME  
ZANA MIRANDA, JUAN FELIX  
ZEGARRA LIPA, CESAR  
ZELA CAMPOS, ROLANDO PERCY  
ZELIO CAHUAPAZA, YESSICA

## SAN MARTIN

ANGULO TUESTA, ELVIRA  
ANTÓN SARMIENTO, ROSARIO  
ANYARIN GONZÁLES, DANIEL  
AREVALO AREVALO, ANGELA  
AREVALO MELENDEZ, LINDER  
AREVALO RODRÍGUEZ, ANELIZA  
AYALA DÍAZ, MARCOS  
AYALA PACHECO, CAROL  
BECERRIL IBERICO, MARIBEL  
CARRASCO QUISPE, MARÍA  
CELIZ CRUZ, ESTHER  
CHÁVEZ FACHIN, ROBINSON  
CHICOMA ARELLANO, PEDRO  
CHUJANDAMA REATEGUI, SEGUNDO  
DE MATA SALAS SALAS, JUAN  
FERNÁNDEZ TORRES, LUIS  
FLORES GRANDEZ, RODRIGO  
GARCÍA HIDALGO, PEDRO  
GARCÍA JARAMILLO, ROBERT

GRANDEZ ARMAS, MARIO  
GRANDEZ DEL AGUILA, MARÍA  
HUAMAN CHUQUIPOMA, ANDRÉS  
HUAMATUMBA PALOMINO, MARINA  
HUVIN GRANDES, MILITZA  
LÓPEZ CAHUAZA, ROBERTO  
LÓPEZ SÁNCHEZ, HUGO  
LUNA REATEGUI, SMITH  
MIREZ ACUÑA, TAULFO  
NUÑEZ DE LA TORRE, GIOVANA CUENTAS  
OCHOA RUIZ, JULIA  
OJEDA AGURTO, RUTH ROXANA  
OLIVEIRA GARCÍA, MARNITH  
OLIVIA CHICANA, ADLER ANTONIO  
PEÑA ROBALINO, YMBER  
PEÑA ROJAS, ALCIDES  
PEÑA RUIZ, GILMER  
PEZO DÍAZ, JUAN  
PEZO GONZALES, NORMA  
PUELLES OLIVERA, JOSÉ HUMBERTO  
RAMIREZ GERMANY, ETSÁ  
REATEGUI GARCÍA, ETELVINA INÉS  
RENGIFO CAMPOS, ROGER  
RENGIFO CELIZ, SABINA  
RENGIFO FASABI, RAMON  
RODRÍGUEZ ACEVEDO, LEVI  
RODRÍGUEZ ASPAJO, ESCARLET  
RODRÍGUEZ CASTILLO, BERCY LUZ  
RODRÍGUEZ GARCÍA, CIMITH  
ROJAS BECERRA, LUCIA  
ROJAS VARGAS, RICARDO  
ROJAS VARGAS, YOLANDA  
RUIZ AGUILAR, JUAN LUIS  
RUIZ MUÑOZ, JESÚS  
RUIZ PUSCAN, RAFAEL  
RUIZ SOTO, JUAN MARTIN  
SALAZAR LÓPEZ, RUTH KARINA  
SALDAÑA AMASIFUEN, ADITH  
SANTILLÁN RUIZ, NEPTALI  
SUÁREZ QUIROZ, ELISEO  
TAVARA SÁNCHEZ, ALTEMIRA  
TENTEIS DAICHAP, ISRAEL  
TERRONES GUTIERREZ, MERY  
TORRES MAGALLANES, LUIS ALBERTO  
TORRES RUIZ, GRACIELA  
VÁSQUEZ GOICOCHEA, HÉCTOR  
VÁSQUEZ VELA, ZENOVIO  
VELA ORIHUELA, FELIPE  
VELÁSQUEZ PORTOCARRERO, SOFIA  
VELÁSQUEZ SANTIAGO, JOSÉ MIGUEL  
ZEVALLOS ALVARADO, ELIZABETH

## TACNA

ALVEREZ ESPEJO, JOSE  
BRAVO BRAVO, ANTONIETA  
CALIZAYA PEREIRA, NELLY  
CANDIA SAMIZO, EDWING  
CARDENAS AMEZQUITA, FLOR DE MARÍA  
CATUNTA MARCA, CESAR AUGUSTO  
CHAMBILLA CUSICANQUI, LUZ  
CHOQUE MAMANI, NORMA  
COAQUIRA CARPIO, CLARISA GILMA  
COHAILA CACERES, OLGA  
COHAILA MAMANI, ESTHER  
CONDORI RAMOS, GENARO  
COSI DE MAQUE, GLADYS  
CURASI VELASQUEZ, UBALDO LUIS  
DAMIAN LÓPEZ, BERNARDINO ELEODOR  
ESQUIVEL ACOSTA, LUIS  
FIGUEROA ZEVALLOS, LUIS ALBERTO  
FLORES CONDORI, ERASMO  
FLORES TICONA, EDWIN  
GARCIA LANDA, JUAN  
GOMEZ BELLIDO, FREDY

GOMEZ NEYRA, MARCO ANTONIO  
GOMEZ QUISPE, MANUEL  
GUILLEN CASTAÑEDA, ALEX  
HERRERA CHANOVE, CARLOS  
HUANACUNI LANCHIPA, JESSENIA  
HUILCA CHACON, JUAN DAVID  
HUILCA CHAMBE, JUAN DANIEL  
LIMACO ÑIQUE, PILAR  
LIZARRAGA DE MELLO, GINA  
LUQUE QUISPE, RAUL MARCELINO  
MAQUERA FLORES, SONIA SUSANA  
MEDINA AGUIRRE, ARNULFO LORENZO  
MINAYA BORDA, MARUJA  
ORDOÑEZ SALAZAR, HUGO  
PALAO CASTELLES, CARLOS JAVIER  
PAQUERA PERCA, SATURNINO EPIFANIO  
PAREDES VERGARA, ROBERTO  
PARI ALVAREZ, DAN CHRISTOPHER  
PAZ JORDAN, RICAR  
PEÑAFIEL PAREDES, DORA  
PEREZ CABANILLAS, NÉRIDA  
PÉREZ NIETO, YOLANDA ELIANA  
PIZARRO VEGA, MARIA LUISA  
PORTUGAL LIENDO, ALEX EDUARDO  
REYNA CAMPOS, ROCIO MARGARITA  
REYNOSO REJAS, YESSICA  
RIVERA CHIRINOS, JANET MARTHA  
ROSPIGLIOSI TRANCON, CARLOS  
SANCHEZ BARLETTI DE VALENCIA, NERI  
SILVA CHAU, RENEE VIOLETA  
SOLARI SALINAS, MARIA GEOVANAN  
SOLOGUREN GARCIA, GEMA NATIVIDAD  
TAPIA ALARCON, BATTY  
TICONA PAJARES, LUZ MARINA  
TICONA SANJINEZ, JOSE LUIS  
TORRES CALIZAYA, RUFINO  
TORRES TAPIA, EUSEBIO  
VELA, NESTOR ZAPANA  
VICENTE, EDDY RICHARD  
VILCA CENTENO, PATRICIA VIRGILIA

## TUMBES

AGUAYO APONTE, ROSA NANCY  
ALTAMIRANO JAZA, EZEQUIEL  
ARANDA MUJICA, FRANCISCO  
AREVALO GUERRERO, LUIS  
ARRASCO ALEGRE, JUAN CARLOS  
ASTOCAZA BARRIONUEVO, CARMEN  
ATARAMA CARRANZA, JUAN  
ATOCHE, DIANA  
ATOCUE VARGAS, NANCY  
BARRETO, DIEGO  
BEJARANÓ SEMINARIO, JEAN CARLOS  
BENITES BOYER, EDWIN  
BERNEJO REQUENA, LUIS ALBERTO  
BURGA CORDOVA, OSCAR  
BURGOS HERRERA, HAROLD LEONCIO  
CACERES MONTALVO, SENON  
CALDERON GUARDIA, MIGUEL  
CALERO PISCOYA, ROBERTO  
CALVO GARCIA, JUAN  
CASTILLO CARRILLO, PEDRO SAUL  
CEDILLO ROQUE, FERNANDO  
CHAPILLIQUEN VEGA, FELIPE  
CHIROQUE SAMAMME, JOSE PERCY  
COBEÑOS IMAN, RAFAEL  
CORONADO ZAPATA, CARLOS ALBERTO  
CRUZ TOCTO, CERVANTO  
DAVIS ATOCHE, JOSE ALIPIO  
DAVIS CARRILLO, WILMER  
DEL AGUILA BARBAZAN, SILVIA  
DELGADO AMORIN, LUIS  
DIAZ GUEVARA, CESAR  
DIAZ YONG, GEORGETTE JACQUELINE



## Lista de Facilitadores y Participantes

DIOS BENITES, WILMER  
DIOS ESPINOZA, BLANCA JESSICA  
DIOSES MACEDA, HENRY  
ESPINOZA VACA, MARISELA  
ESTRADA, NEPTALI  
FARIAS PANTA, ANDRES  
FLORES ARANCIBIA, WILFREDO  
GARAY RENTERIA, LUIS ANTONIO  
GARCES LA NEGRA, LUIS  
GARRIDO RIVERA, FELIX  
GOMEZ ZAPATA, CECILIA  
GONZALES URBINA, ARMANDO  
GUEVARA PERALTA, IRIS  
HIDALGO LAMA, JOICE ALICIA  
JIMENEZ LOPEZ, WALTER V.  
LA ROSA ESPINOZA, PERCY  
LIZARZA BURU, MARCOS ROMAN  
LOMAS, CLODOALDO YASILA  
LOPEZ SALAZAR, AYME YESSENIA  
LUNA BENITES, RUTH LORENA  
LUNA, CESAR  
MALMACEDA SALAZAR, FLORENTINO  
MARCUAN LUPU, YESENIA  
MARCUAN SILVA, DANIEL  
MARQUEZ RIVAS, WILLIAM  
MARTINEZ CALERO, JORGE  
MEDINA ZARATE, NICOLAS

MEDINA ZARATE, SANTOS NICOLAS  
MENDOZA ARROYO, HUGO  
MENDOZA NOE, NOLBERTO  
MENDOZA NOE, SEGUNDO NOLBERTO  
MENDOZA PEÑA, MARLENY JOHANA  
MERINO DE LAMO, CARLOS AUGUSTO  
MOGOLLON NOBLECILLA, JOSE LUIS  
MOSCOSO CLAVIJO, KARINA  
MOZAN CRUZ, WILMER  
NOVOA CORTEZ, WALTER HUGO  
NUNURA CASTILLO, WILMER  
NUÑEZ SILVA, NELLY VICTORIA  
OCAMPO PRADO, GEORGE OSWALDO  
OLAYA HIDALGO, EVA  
ORDINO LA GUEVARA, DAVID  
OYOLA LOAYZA, EVARISTO LUCIANO  
PAGAN YABAR, ROSE  
PAICO URBINA, WALTER  
PANTA BAYONA, RICARDO  
PEÑA HIDALGO, RUBEN  
PEÑA LOPEZ, LUIS  
PEÑA NOLE, NANCY  
QUEREVALO PURILAGA, ZOILA  
QUINTANA INFANTE, FERNANDO  
QUISPE MUNDYCO, ALEJANDRO  
RAMIREZ BARRIENTOS, ANGEL  
RIOS HERRERA, LEILY

RIVAS GARCIA, EDWIN  
RIVERA HERRERA, JUAN  
RODRIGUEZ AZABACHE, FELIX  
RODRIGUEZ ROSILLO, ROSA VICTORIA  
ROJAS AVILA, LUIS  
SAAVEDRA MOLAN, ISMAEL  
SANCHEZ SANCHEZ, LILIA  
SEGURA PIN, ALFREDO  
SILUPU AGUAJO, DAVID  
SILVA CHUMACERO, IRMA  
SILVA SANDOVAL, CECILIA ISABEL  
SMITH VERA, OLAYA  
SOLANO ZARATE, ROLANDO  
SOLIS CASTRO, EDITH  
SOSA ARELLANA, CRISITINA  
TEJOO MORAN, MILTON  
TERRANOVA ZARATE, MARDONIO  
TOLLEDO NIZAMA, PEDRO  
VARGAS MACHUCA, JORGE E.  
VILCARRA TINEDO, ENRIQUE  
VILCHEZ URBINA, BALBINA  
VILELA MEDINA, JORGE  
YAMANA PERALTA, IRIS LUZ  
ZAPATA ÑAÑAQUE, ARACELI MATHA  
ZARATE ESTRADA, TERESA

### PARTICIPANTES DEL TALLER DE REVISIÓN Y AJUSTE DE LA PROPUESTA TÉCNICA DEL PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD

Lima, 27 de febrero de 2007

CLAUDIO LANATA DE LAS CASAS  
HUGO LOZADA ROCCA  
PAULINA GIUSTI HUNDSKORF  
VIVIANA PAJARES OLIVA  
VLADO CASTAÑEDA GONZALES  
MARÍA CECILIA IRAYAMA OKAMOFO  
AKIE CANCHO RÍOS  
LUIS RICARDO ROBLES GUERRERO  
ELENA TANAKA TORRES  
NORA REYES PUMA  
SOLEDAD RODRÍGUEZ AMPUERO  
ISAAC GONZÁLES YAIPEN  
CARLOS MALDONADO BOHORQUEZ  
EDMUNDO LUIS SAN MARTIN BARRIENTOS  
FRANCISCO JOSÉ SOLIS CORONADO  
LILIAN UCHIMA HESHIKI  
LUCÍA MATILDE SOLIS ALCEDO  
MARÍA LUZ SOTOMAYOR GARNILA  
MARÍA ELENA MORANTE MACO  
MYRIAM STRUL  
LUIS ALBERTO OLIVA CERNA  
DIÓNEDES LUIS CÓRDOVA SANTA CRUZ  
MICAELA TALAVERA TEJEDA  
JAIME E. NOMBERRA CORNEJO  
TERESA ELIZABETH SUÁREZ CÁRDENAS  
WALTER VILCHEZ DÁVILA  
EDSON VALDIVIA VERA  
JULIO RIOS PEÑA  
LUIS MIGUEL LEÓN GARCÍA  
ROSA LUZ VILCA BENGEOA  
VÍCTOR CHÁVEZ PÉREZ  
PEDRO MANUEL ABAD BARREDO  
NELLY ROCANO LASTRA  
JACKELINE DE LA CRUZ HUAMÁN  
FRESCIA ISMELDA CÁRDENAS  
CARLOS ACOSTA SEAL  
HÉCTOR EDUARDO SHIMABUKU YSA

LUZ GUADALUPE ARAGONÉS ALOSILLA  
CECILIA BEDOYA VELASCO  
JOSÉ FUENTES RIVERA  
CESAR ANTONIO BONILLA ASALDE  
LIDIA LUZ CASTILLO SOLÓRZANO  
CARLOS ANDRÉS ARISACA  
LUIS SUÁREZ OGNIO  
GLADYS RAMÍREZ PRADA  
JOSÉ LUIS BOLARTE ESPINOZA  
MARÍA DEL CARMEN REYNA MAURIAL  
OMAR VIRGILIO TRUJILLO VILLARROEL  
YENI OTILIA HERRERA HURTADO  
EDDY ESPINOZA ALVAREZ  
MARÍA ELENA MARTÍNEZ BARRERA  
LUCY DEL CARPIO ANCAYA  
JONATAN BERNABE MUÑOZ CASANA  
MARÍA MENDOZA ARAUJO  
JESÚS RIVERA VERGARA  
JORGE ROJAS ARFUENTES  
NILDA VILCA PAUCAR  
BENJAMIN PAREDES AYALA  
DARIO NARCISO LUNA DEL CARPIO  
EDGAR TAMAYO BARRIO DE MENDOZA  
FELIPE PAREDES CAMPOS  
DARIO RODRÍGUEZ RAMÍREZ  
LINDAURA LIENDO LUCANO  
RICARDO CORCUERA RODRÍGUEZ  
FELIX VALENCIA NIZAMA  
GUIDO MEREALONGA  
LUIS WILFREDO VEGA - CENTENO CRUZADO  
MARÍA CECILIA LENGUA HINOJOSA  
GLORIA CRUZ GONZALES  
BLANCA CARRUITERO GIOVE  
SILVIA SALINAS MEDINA  
ROSA RUIZ GIRONDA  
LOURDES MERCEDES PINEDA YÁBAR  
CARLOS ALBERTO CAJO CCENCHO

JORGE ALBERTO ALBINAGORTA JARAMILLO  
MIGUEL ACUÑA LARA  
LUIS ENRIQUE JOO CARRILLO  
ROMIN AURELIO CRUZ MALPARTIDA  
MELINA ZUTA SÁNCHEZ  
PEDRO VARGAS CONDOR  
ADA PASTOR GOYZUETA  
ANIBAL VELASQUEZ  
ARTURO GRANADOS MOGROVEJO  
GIOVANN ALARCON ESPINOZA  
DELIA HAUSTEIN  
CONSTANTINO VILA CÓRDOVA  
PEDRO MARCHENA REÁTEGUI  
HERNAN GARCÍA CABRERA  
ARIEL FRISANCHO  
DANILO FERNANDEZ BORJAS  
MARÍA MERCEDES PEREYRA QUIRÓZ  
PILAR PRIETO CHIRA  
NELLY HUAMANI HUAMANI  
CÉSAR AMARO SUÁREZ  
VÍCTOR ZAMORA  
MILAGROS SÁNCHEZ  
WALTER MENDOZA  
OSCAR FEO  
RIGOBERTO CENTENO VEGA  
JOSÉ LUIS SEMINARIO CARRASCO  
FABIOLA QUIROZ QUIROZ  
INDIRA VILLEGAS CARNERO  
JULIO CASTRO GOMEZ  
MARGARITA PETRERA PAVONE  
SILVIA TORERO PINEDO  
JORGE RUIZ PORTAL  
CARMEN PAZ ALTMIRANO  
MARÍA ANGELA CAVERO ROMAÑA  
ENRIQUE CASTILLO BECERRA

## Lista de Facilitadores y Participantes



### **PARTICIPANTES DEL TALLER DE DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL PERÚ Lima, 22 de Junio de 2007**

ELIAS MELITÓN ARCE  
JULIO RÍOS PEÑA  
FIORELLA BERNABÉ DOLORES  
JESSICA TORRES PÉREZ  
BEATRIZ UGAZ ESTRADA  
LAURA VERAMENDI BENITES  
MARÍA CESPEDES ORMEÑO  
ENRIQUE AVELLANEDA  
MARÍA SOTOMAYOR GARNICA  
EFRAIN LICUONA ROJAS  
PEDRO SOLÍS BUSTAMANTE  
ELSA MANTILLA  
JIM ROMERO U.  
CÉSAR ESPINOZA WONG  
LUCIA SOLÍS ALCEDO  
ROSARIO IQUE  
ELIZABETH MELÉNDEZ VARGAS  
MARTHA SÁNCHEZ TORRES  
SEGUNDO GENDRAU ACHO  
GRISELDA SILVA CUADROS  
HÉCTOR YAYA CHUMPITAZ  
JAVIER CORREA TINEO  
MARÍA MORANTE MACO  
MERIDA GÓMEZ VERGARAY  
LILIAN UCHINA  
CÉSAR ISIONE FARROÑAS  
ROMMY RÍOS NÚÑEZ

EDITH ARROYO PAUCA  
JULIA TAPIA ALLPA  
GLADYS PACO ECHEVARRÍA  
NENCY VIRRUETA JIMÉNEZ  
ALVARO LOPÉZ  
JOSÉ TELLO MOLINA  
BERTHA MUÑOZ VENEROS  
IRIS LOLI RODRÍGUEZ  
SILVANA CABALLERO PAREDES  
DONA GRANADOS TENICELA  
LOLA EGUSQUIZA VIDAL  
DENIS DUEÑAS LOAYZA  
JAIME ARNAO ORTECHO  
AUGUSTO DÍAZ FALCÓN  
JENNY ZOLENNZKY ROCA  
ZORAIDA RAVINES RAVINES  
MARCELINO HUAMANÍ PEDROZA  
TULA ZEGARRA SAMAMÉ  
LILIAN JARAMA  
JORGE CASABLANCA IBÁÑEZ  
LUIS ARELLANO LOZANO  
IRMA RIVERA CHOCCE  
MARÍA ALINA MIRANDA FLORES  
ROSA MEZA MOYANO  
CARLOS ALARCÓN ROBLES  
ROBERTO MELÉNDEZ ZEVALLOS  
ALFONSO GUSHIKEN MIYAGUI

MARÍA EDITH BACCA  
CARLOS ROJAS DÁVILA  
LOURDES SANDOVAL CHAUPE  
LINDAURA LIENZO LUCANO  
SARA HURTADO CRISTOBAL  
MANUEL ÑACCHA TAPIA  
NANCY MORA ANDAHUA  
CARLOS CLAUX MORA  
JOHNNY NÚÑEZ VEGA  
MANUEL JAVE MERA  
LUZ HERNÁNDEZ QUÍROZ  
AURELIO CRUZ MALPARTIDA  
NICOLAS TAPIA RIVAS  
FERMIN VERA FLORES  
JUAN CASTAÑEDA ALARCÓN  
LENIN ADRIAZOLA LA PANDO  
JOSÉ LOZANO GUTIÉRREZ  
WALTER PELADES CALDERÓN  
MARILÚ CHIANG ECHENIQUE  
YOLANDA PARI HILASACA  
MARIANO CASTRO  
LUIS SÁNCHEZ TAM  
WALTER HUISA ARIAS  
CARMEN MONTERO VALDIVIEZO  
ARTURO GRANADOS  
ANÍBAL VELÁSQUEZ





# GLOSARIO

<b>AISPED</b>	<b>Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas</b>
<b>ASN</b>	<b>Autoridad Sanitaria Nacional</b>
<b>AVISA</b>	<b>Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad</b>
<b>CMP</b>	<b>Colegio Médico del Perú</b>
<b>CONASEC</b>	<b>Consejo Nacional de Seguridad Ciudadana</b>
<b>CPOD</b>	<b>Índice de caries de piezas perdidas y obturadas</b>
<b>DGSP</b>	<b>Dirección General de Salud de las Personas</b>
<b>DGPS</b>	<b>Dirección General de Promoción de la Salud</b>
<b>DIGESA</b>	<b>Dirección General de Salud Ambiental</b>
<b>DIRESA</b>	<b>Dirección Regional de Salud</b>
<b>DISA</b>	<b>Dirección de Salud</b>
<b>EESS</b>	<b>Establecimientos de Salud</b>
<b>ENAHO</b>	<b>Encuesta Nacional de Hogares</b>
<b>ENDES</b>	<b>Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar</b>
<b>EPS</b>	<b>Entidad Prestadora de Salud</b>
<b>FESP</b>	<b>Funciones Esenciales de Salud Pública</b>
<b>FFAA</b>	<b>Fuerzas Armadas</b>
<b>FFPP</b>	<b>Fuerzas Policiales</b>
<b>FONCODES</b>	<b>Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social</b>
<b>IEDS</b>	<b>Identificación de Estándar de Dato de Salud</b>
<b>INEI</b>	<b>Instituto Nacional de Estadística e Informática</b>
<b>JASS</b>	<b>Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento</b>
<b>MINEDU</b>	<b>Ministerio de Educación</b>
<b>MINSA</b>	<b>Ministerio de Salud</b>
<b>OEM</b>	<b>Otras Enfermedades Metaxénicas</b>
<b>OMS</b>	<b>Organización Mundial de Salud</b>
<b>OPS</b>	<b>Organización Panamericana de la Salud</b>
<b>PASA</b>	<b>Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria</b>
<b>PBI</b>	<b>Producto Bruto Interno</b>
<b>PESEM</b>	<b>Plan Estratégico Sectorial Multianual</b>
<b>PMC</b>	<b>Proyectos de Mejora Continua</b>
<b>PNCS</b>	<b>Plan Nacional Concertado de Salud</b>
<b>PNP</b>	<b>Policía Nacional del Perú</b>
<b>PRAT</b>	<b>Prácticas Atraumáticas</b>
<b>PSA</b>	<b>Prueba Diagnóstica de Cáncer</b>
<b>RAM</b>	<b>Reacciones Adversas a Medicamentos</b>
<b>RHUS</b>	<b>Recurso Humano de Salud</b>
<b>SENAMHI</b>	<b>Servicio Nacional de Meteorología e Hidrografía</b>
<b>SEPS</b>	<b>Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud</b>
<b>SIAF</b>	<b>Sistema Integrado de Administración Financiera</b>
<b>SIS</b>	<b>Sistema Integral de Salud</b>
<b>SISFOH</b>	<b>Sistema de Focalización de Hogares</b>
<b>TARGA</b>	<b>Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad</b>
<b>TBPPF</b>	<b>Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo</b>

