

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

1248

-GG-ESSALUD-2016

Lima, 28 de noviembre del 2016

28 NOV 2016

VISTOS:

RECIBIDO

La Carta N° 2867-GCPS-ESSALUD-2016 y el Informe Técnico N° 100-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Carta N° 2807-GCGF-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Carta N° 1537-GCPD-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, la Carta N° 1428-IETSI-ESSALUD-2016 del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, la Carta N° 115-CENATE-GG-ESSALUD-2016 del Centro Nacional de Telemedicina, la Carta N° 978-GDP-GCGP-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, la Carta N° 1120-DIR-INCOR-ESSALUD-2016 del Instituto Nacional Cardiovascular, la Carta N° 1047-GSIT-GCTIC-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, la Carta N° 4993-GCOP-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Operaciones y la Carta N° 2811-GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 557-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, conforme a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el segundo objetivo estratégico del Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016 de ESSALUD, aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012, consiste en *"Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo - promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS"*;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1514-GG-ESSALUD-2015, se aprobó la Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2015 "Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular en el Seguro Social de Salud - ESSALUD" cuya finalidad es establecer la organización de un Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular que permita mejorar la calidad, eficiencia, acceso y equidad a lo largo de todo el cuidado cardiovascular;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 229-2016/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedad No Transmisibles (ENT) 2016-2020", que tiene como finalidad contribuir a

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud [essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

28 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

167-2016-64

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

1248

-GG-ESSALUD-2016

la mejora de la calidad de vida de la población peruana a través de la disminución de la carga de morbilidad, discapacidad prevenible, así como la mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 14-11-ESSALUD-2016 se aprobó el Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud en cuyo numeral 2.3.3 se establece el Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS);

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 784-GG-ESSALUD-2016 se aprobó el Documento Técnico "Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud", el cual contempla entre sus objetivos contribuir a mejorar la calidad de vida y aumentar la productividad de los asegurados;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en cuyo artículo 158° se establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, asimismo, en el literal a) del artículo 161° del citado Reglamento se establece que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la citada Gerencia Central tiene por función formular, proponer y evaluar las políticas, objetivos, estrategias, planes y programas para la atención integral de salud, en lo referente a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, enfermedades priorizadas y servicios intermedios, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, conforme a sus competencias, mediante Carta de Vistos la Gerencia Central de Prestaciones de Salud propone la aprobación del Plan "Cuidado de Salud Cardiovascular en ESSALUD 2016-2021", el cual tiene por objetivo general establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada;

Que, de igual forma, adjunta el Informe Técnico N° 100-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016 elaborado por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, el cual señala que en ESSALUD según el estudio de carga de enfermedad y lesiones en ESSALUD 2014, la razón de años de vida saludables (AVISA) fue de 77,6 en hombres y de 98,4 en mujeres siendo un AVISA global de 87,9 por mil asegurados, de estos la mayor carga se atribuye a enfermedades no transmisibles (71,5%), seguido de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales con un 19,1% y finalmente, las causadas por accidentes y lesiones en un 9,4%;

Que, con Carta de Vistos la Gerencia Central de Gestión Financiera emite pronunciamiento favorable respecto al punto Presupuesto y Financiamiento, para la

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud tud.gob.pe

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

1248

-GG-ESSALUD-2016

ejecución del citado Plan;

Que, con Carta de Vistos la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo brinda conformidad al contenido del proyecto de Plan "Cuidado de Salud Cardiovascular en ESSALUD 2016-2021";

Que, asimismo, con Cartas Nros. 1428-IETSI-ESSALUD-2016, 115-CENATE-GG-ESSALUD-2016, 978-GDP-GCGP-ESSALUD-2016, 1120-DIR-INCOR-ESSALUD-2016, 1047-GSIT-GCTIC-ESSALUD-2016 y 4993-GCOP-ESSALUD-2016 la Dirección del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, la Dirección del Órgano Desconcentrado Centro Nacional de Telemedicina - CENATE, la Gerencia de Desarrollo de Personal de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, la Dirección del Instituto Nacional Cardiovascular, la Gerencia de Sistemas e Innovación Tecnológica de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Operaciones, emitieron opinión favorable respecto al Plan mencionado;

Que, con Carta e Informe de Vistos la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, señala que el Plan propuesto guarda concordancia con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y con la Ley N° 26842, Ley General de Salud. De igual manera se encuentra acorde al Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS), establecido en el Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 14-11-ESSALUD-2016;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, la Gerencia Central de Gestión Financiera y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el Plan "Cuidado de Salud Cardiovascular en ESSALUD 2016-2021", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, asesoría técnica y conducción del proceso de implantación y monitoreo del Plan aprobado por la presente Resolución.
3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Operaciones se encargue de la implementación, supervisión y control del Plan antes aprobado.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

23 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

1 248

-GG-ESSALUD-2016

4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Gestión Financiera adopte los mecanismos necesarios para que los Órganos Desconcentrados y Prestadores Nacionales cuenten con los recursos presupuestales destinados a brindar cobertura a las actividades del Plan.



5. **DISPONER** que la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones en coordinación con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud efectúe la publicación de la presente Resolución y el Plan aprobado, en el Portal Institucional.

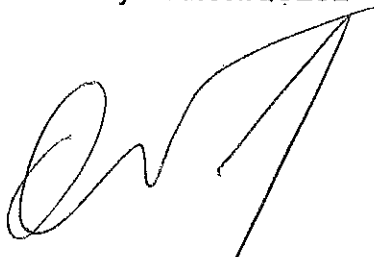


6. **ENCARGAR** a la Oficina de Relaciones Institucionales realice las acciones correspondientes para la difusión del Plan aprobado con la presente Resolución y las comunicaciones que se requieran.

7. **PUBLICAR** la presente Resolución en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE y COMUNÍQUESE




Dr. Manuel Roberto de la Flor Matos
Gerente General
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZÁN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

1248

Resolución de Gerencia General N° -GG-ESSALUD-2016
PLAN "CUIDADO DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ESSALUD 2016-2021"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° -GG-ESSALUD
1248

**PLAN: "CUIDADO DE SALUD
CARDIOVASCULAR EN
ESSALUD
2016-2021"**



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA – PERU

2016

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

Resolución de Gerencia General N° 1248-GG-ESSALUD-2016
PLAN "CUIDADO DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ESSALUD 2016-2021"

ING. JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY
PRESIDENTE EJECUTIVO

DR. MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS
GERENTE GENERAL



DRA. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

28 NOV 2016


CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

EQUIPO DE FORMULACION

Dr. Roberto Raúl Carbajal Diéguez	Presidente del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra Myriam Nuñez Urbina	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular
Dr Javier Ernesto Sanchez Povis	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular
Dr. Luis Guillermo Urteaga Bardales	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dr. Melchor Baltazar Alvaro Ostos	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dr. Oscar Lescano Alva	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra. Miluska Paola Calderón Gamarra	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra. Rosa Maria Patricia Escudero Codina	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra. Yéssica Ballinas Sueldo	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Lic. Cynthia Fiorella Pazo Purizaca	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Lic. Giovanna Núñez Chumpitaz	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Lic. Kathya Gomez Vidal	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.



PROFESIONALES PARTICIPANTES DEL PROCESO DE VALIDACIÓN

Dra. Karina Montano Fernández	Médico de la Red Desconcentrada Rebagliati
Dr. Risof Solís Cóndor	Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria-GCPS
Lic. Faustino Tejada Campos	Representante de la Gerencia Central de Gestión Financiera.
Dr. William Trigoso Rojas	Subgerente de Operaciones Región Norte de la Gerencia Central de Operaciones.
Ing. Rafael Cochachin Junes	Representante de Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo.
Lic. Juan Coronado Seminario	Representante de Gerencia Central de Gestión de las Personas
Ing Jose A. Quelopana Salinas	Gerente de Sistemas de Innovación Tecnológica de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
Dra. Betzabe La Torre Jaramillo	Representante de Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
Dra. Bernardette Cotrina Urteaga	Directora del Centro Nacional de Telemedicina (CENATE)
Dr. Victor Alejandro Dongo Zegarra	Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
Dr Frank Britto Palacios	Director del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR)

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

Resolución de Gerencia General N° 1248
-GG-ESSALUD-2016
PLAN "CUIDADO DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ESSALUD 2016-2021"



TITULO ORIGINAL:

PLAN "CUIDADO DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ESSALUD 2016- 2021"

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Jr. Domingo Cueto N° 120 - 8vo. Piso- Lima 11 - Perú

DERECHOS DE AUTOR:

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de Gerencia Central de Prestaciones de Salud -EsSalud.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

28 NOV 2016


CARLOS ALBERTO BAZÁN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

	CONTENIDO	Pág.
I	INTRODUCCIÓN	7
II	FINALIDAD	9
III	OBJETIVO	9
	3.1 Objetivos Específicos	9
IV	BASE LEGAL.	9
V	ÁMBITO DE APLICACIÓN.	10
VI	SITUACION ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	11
	6.1 Situación Mundial	11
	6.2 Situación en el Perú	16
	6.3 Situación EsSalud	21
VII	ÁRBOL DE PROBLEMAS	28
VIII	ANÁLISIS FODA.	29
IX	VALORES Y PRINCIPIOS.	31
X	LINEAMIENTOS	32
XI	MATRIZ DE INDICADORES.	34
XII	SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN.	39
XIII	PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	39
XIV	LISTA DE ACRONIMOS.	40
XV	GLOSARIO DE TERMINOS	41
XVI	ANEXOS	42
	Anexo 1: Matriz de Supervisión	42



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS Y GRÁFICOS

N°	Pág.
CUADROS	
1. Principales causas de muerte en el mundo 2008 – 2011	11
2. Prevalencia de hipertensión arterial según regiones naturales y sexo	19
3. Prevalencia de la diabetes por regiones naturales y sexo	19
4. Diabetes Mellitus y Condiciones Relacionadas en el Perú	21
5. Carga de enfermedad en la población asegurada (AVISA)-2014	22
FIGURAS	
1. Principales causas de muerte por ECV y enfermedades circulatorias 1990-2010	12
GRÁFICOS	
1. Principales causas de mortalidad en América	15
2. Causas de muertes prematuras en Perú-2012	17
3. Comparación de prevalencia de hipertensión arterial según estudios de tornasol I y II	18
4. Perú: personas de 15 y más años de edad con presión arterial alta de acuerdo a medición efectuada, según sexo y región natural, 2014	20
5. Perú: personas de 15 y más años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus, según sexo y región natural, 2014	20
6. Carga de morbilidad por enfermedad cardiovascular. EsSalud 2014	22
7. Carga de morbilidad por enfermedad cardiovascular según sexo. EsSalud 2014	23
8. Carga de morbilidad por enfermedad cardiovascular según sexo y grupo de edad. EsSalud 2014	23



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares están dentro del rubro de enfermedades no transmisibles, el cual constituye uno de los principales desafíos de la salud pública mundial, en el siglo XXI, para el control de su creciente mortalidad y carga de enfermedad.

Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado las siguientes metas mundiales de aplicación voluntaria para el período 2013-2020, como es el de reducir el riesgo de mortalidad prematura debida a enfermedades crónicas no transmisibles en un 25%, reducir la prevalencia de hipertensión arterial en un 25% y detener el aumento de la diabetes mellitus y la obesidad, entre otras.

La declaración científica "25 por 25" es el reto que se ha propuesto la World Heart Federation, es decir disminuir 25% las muertes prematuras causadas por enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares a nivel mundial para el año 2025.

En el Perú, para el año 2014 se estima que, de todas las causas de muertes prematuras, el 22% son causadas por enfermedades cardiovasculares (ECV), y constituye la primera causa de muerte prematura, con una tasa de mortalidad de 143 muertes por 100 000 habitantes, sin embargo, su distribución varía según región siendo más prevalente en la Costa y área urbana.

En el Perú, para el año 2015, la Diabetes tuvo una prevalencia de 6.1%, el sobrepeso de 34,7% y la obesidad de 17,5%; la Hipertensión Arterial tuvo una prevalencia de 23.7% según el estudio de TORNASOL II.

Por otro lado, las cardiopatías congénitas son un problema de salud pública. Para el 2015, la incidencia fue de 08 a 10 casos por cada mil niños nacidos vivos, lo que significa según los índices de natalidad en el Perú que anualmente nacen unos cinco mil niños con malformaciones en el corazón.

Según el Estudio de Carga de Enfermedades y Lesiones en EsSalud- Estimación de los Años de Vida Saludables perdidos 2014, se perdieron 935 619 años de vida saludables (AVISA) siendo la razón de AVISA de 87,9 por 100 mil asegurados; y representando las enfermedades no transmisibles un 72% del total de los AVISA, seguido de un 19% por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales y de un 9.4% por accidentes y lesiones.

Dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares ocupan el quinto lugar y las enfermedades relacionadas a Diabetes Mellitus ocupan el séptimo lugar.

En EsSalud, la Diabetes Mellitus se dió en 5% de los asegurados siendo un 58% para las mujeres y un 42% para los varones; y de los casos de la Hipertensión Arterial en los asegurados, un 54% correspondió al sexo femenino y un 46% al sexo masculino. Así mismo, las enfermedades por daño renal ocupan el 11^{avo} lugar en carga de enfermedad.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

En el marco del Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS) de EsSalud, es necesario concentrar los esfuerzos en todos los niveles de gestión para el logro de un cuidado estandarizado y progresivo del asegurado en riesgo y con daño en su salud cardiovascular; considerando que la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es atribuible a la promoción y prevención en Salud Cardiovascular, por lo que se requiere estandarizar la atención en Salud Cardiovascular, con equipos de profesionales competentes y el funcionamiento de un Sistema Nacional Cuidado Cardiovascular cuya finalidad es organizar la atención en Salud Cardiovascular que permita una mejor calidad de atención, eficiencia, acceso y equidad a lo largo de todo el cuidado cardiovascular en todos los niveles de atención.

Es indispensable disponer de servicios de Salud en atención cardiovascular con la infraestructura óptima y adecuada y con un potencial humano con competencias en cantidad requerida para alcanzar una correcta capacidad resolutive en la atención de Salud Cardiovascular por lo que es necesario contar con estrategias de gestión de corto, mediano y largo plazo que conduzca a la reducción de la morbimortalidad por las enfermedades cardiovasculares el que abordará los diferentes factores de riesgo cardiovascular bajo el modelo de cuidado continuo y progresivo articulando intervenciones de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, aspectos recuperativos, de rehabilitación y paliativos en el contexto personal, familiar y comunitario, en los tres niveles de atención.



El Plan "Cuidado de Salud Cardiovascular en EsSalud 2016-2021", en su concepción se enmarca dentro del Plan Maestro al 2021¹ principalmente en lo concerniente a los siguientes ejes y objetivos:

Eje Estratégico 1: Cuidado Humanizado y Objetivo 1: "Brindar a los asegurados un cuidado humanizado con calidad y oportunidad con mayor nivel de compromiso y satisfacción de los colaboradores".

Eje Estratégico 3: Modernización institucional y Objetivo 3: "Modernizar EsSalud, agregando valor en todos sus procesos bajo un enfoque sistémico e integral centrado en el asegurado".

Asimismo, el presente plan se encuentra en el marco del Nuevo Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud - MOCEPS, que considera el **Cuidado de la Salud** como el *"Conjunto de prestaciones de salud enfocadas desde promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando a la persona en su realidad total: biológica, psicológica, espiritual, familiar, laboral y social", bajo los siguientes atributos del modelo: 1.Cuidado continuo, 2.Cuidado progresivo, 3.Cuidado estandarizado, 4.Cuidado eficiente y sostenible, 5.Cuidado participativo, 6.Humanizado y centrado en las necesidades de la persona.*

En ese sentido, el Plan "Cuidado de la Salud Cardiovascular 2016-2021 en EsSalud", se convierte en una herramienta para la planificación a corto, mediano y largo plazo para la organización y otorgamiento de prestaciones asistenciales de salud cardiovascular con oportunidad, eficacia y eficiencia, en el marco del cuidado estandarizado y progresivo de la salud en el que se definen una serie de objetivos para mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de la población.

¹ Plan Maestro al 2021 del Seguro Social -ESSALUD.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar el acceso, cobertura y calidad en los servicios de salud para el cuidado de la salud cardiovascular con enfoque de humanización en la población asegurada en EsSalud.

III. OBJETIVO

3.1.-Objetivo General:

Establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada

3.2.- Objetivos específicos

1. Promover la Salud Cardiovascular en los asegurados de ESSALUD
2. Fortalecer las acciones de prevención en Salud Cardiovascular
3. Mejorar los procesos de atención de diagnóstico oportuno y prevención de complicaciones
4. Mejorar el sistema de información y vigilancia en Salud Cardiovascular e impulsar la investigación en Salud Cardiovascular

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y modificatorias
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.
4. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
6. Decreto legislativo N° 1155 Medidas destinadas a Mejorar la Calidad del Servicio y Declara de Interés Público el Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud a Nivel nacional.
7. Decreto Legislativo N° 1157, Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud.
8. Decreto Legislativo N° 1166, Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud
9. Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad".
10. Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprobó la Directiva N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
11. Resolución Ministerial N°229-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016-2020".
12. Resolución Ministerial N°031-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

13. Resolución Ministerial N°719-2015/MINSA, que aprueba la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.
14. Acuerdo de Consejo Directivo N° 14-11-ESSALUD-2016, de fecha 14 de Junio del 2016 que aprueba el Plan Maestro al 2021.
15. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, modificado por Resoluciones de Presidencia Ejecutiva Nros. 141, 310 y 328-PE-ESSALUD-2016.
16. Resolución de Gerencia General N° 1159-GG-EsSalud-2007, que aprueba el Programa Reforma de Vida en el Asegurado: empresas saludables.
17. Resolución de Gerencia General N°1515-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N°012-GG-ESSALUD 2015 "Normas de los Procesos de Admisión, Consulta Externa y Atención ambulatoria en las IPRESS del Seguro Social de Salud- ESSALUD".
18. Resolución de Gerencia General N° 1517-GG- ESSALUD-2015, "Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencias de EsSalud".
19. Resolución de Gerencia General N° 457-GG-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2016, "Normas Generales para el funcionamiento de los Centros y Unidades de Medicina Complementaria".
20. Resolución de Gerencia General N° 784-GG- ESSALUD-2016, que aprueba el "Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de EsSalud".
21. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 048-GCPS-ESSALUD-2008, que aprueba el Plan Nacional de Salud Renal 2008-2013.
22. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 062-GCPS-ESSALUD-2009, que aprueba la Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal del Seguro Social de Salud.
23. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°187 - GCPS-2014, "Plan General De Salud 2015 – 2021 Del Seguro Social De Salud – EsSalud".
24. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°053- GCPS-ESSALUD 2012 que aprueba el Subsistema de Vigilancia de Salud Renal (VISARE)- ESSALUD.
25. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°48- GCPS-ESSALUD 2016 que aprueba el Cuidado Integral del Asegurado con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud- ESSALUD.
26. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°33- GCPS-ESSALUD 2016, que aprueba el Cuidado Integral del Paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud- ESSALUD

V. AMBITO DE APLICACIÓN

Es de cumplimiento obligatorio en las unidades orgánicas de EsSalud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público Privada (APP) de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el Convenio suscrito con los respectivos operadores.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

VI. SITUACION ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

6.1.-SITUACION MUNDIAL

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo. Representaron el 30% de las muertes que se produjeron en el mundo en 2010, con un coste económico total superior a 850 mil millones de dólares. Por tanto, requieren cada vez más atención, junto con otras enfermedades no transmisibles. En la actualidad las enfermedades cardiovasculares son una epidemia global que afecta cada vez más a los sectores pobres de la población

CUADRO N°1
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL MUNDO 2008 - 2011

Enfermedad o lesión	Número total de muertes (millones)* (2008)	Posición (2008)	Posición (2011)	Número total de muertes (millones)* (2011)
Cardiopatía isquémica	7,25	1	1	7,02
Enfermedad cerebrovascular	6,15	2	2	6,25
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3,46	3	3	3,20
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	3,28	4	4	2,97
Enfermedades diarreicas	2,46	5	5	1,89
VIH/SIDA	1,78	6	6	1,59
Cáncer de pulmón	1,39	7	7	1,48
Diabetes mellitus	1,26	8	8	1,39
Lesiones provocadas por accidentes de tráfico	1,21	9	9	1,26
Cardiopatía hipertensiva	1,15	10	11	1,06
Complicaciones en partos prematuro	1,00	13	10	1,17

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2013²

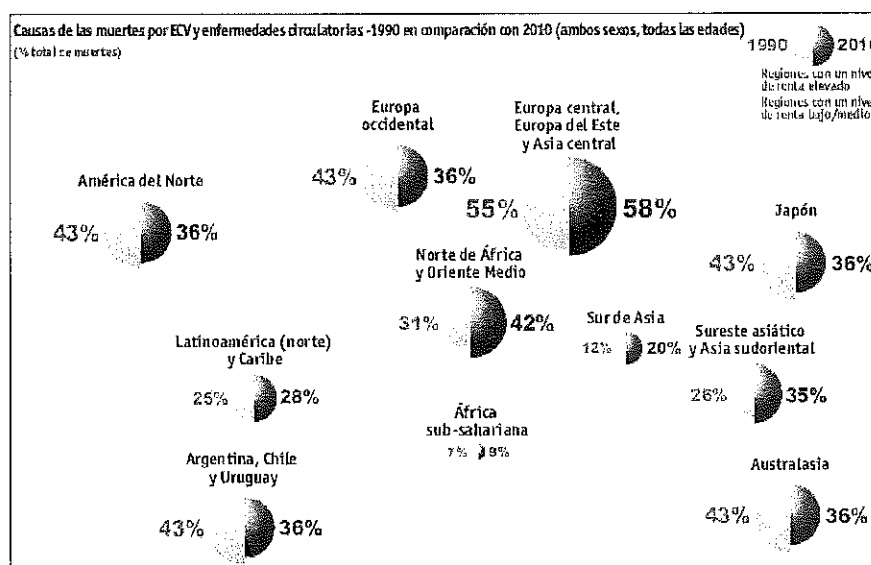
Para el año 2013, se estima que casi el 30% de todas las muertes en todo el mundo fueron causadas por enfermedades cardiovasculares. De estas defunciones, unos 7,6 millones se debieron a cardiopatía coronaria y 5,7 millones se debieron por accidente cerebrovascular. Más del 80% de muertes debidas a ECV tienen lugar en los países de ingresos bajos y medianos, con ocurrencia casi por igual en los hombres y las mujeres. Sin embargo, la evidencia reciente de Europa sugiere que en algunos países el cáncer ha superado a las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte. A pesar de los recientes descensos en las tasas de mortalidad en muchos países, sigue siendo responsable de más de 4 millones de muertes por año, cerca de la mitad de todas las muertes en Europa. La proporción de todas las muertes

² Previsiones para 2011 de las Estimaciones Mundiales de Salud (Global Health Estimates (GHE)) en comparación con las estimaciones anteriores de causas de mortalidad (COD, por sus siglas en inglés) de la OMS para 2008.

atribuibles a enfermedades cardiovasculares es mucho mayor entre las mujeres (51%) que hombres (42%). La enfermedad coronaria, cuando se consideran por separado, da cuenta de casi 1,8 millones de muertes, o el 20 % de todas las muertes en Europa cada año.

A pesar de una disminución en las tasas de mortalidad por edad, la prevalencia de la enfermedad cardiovascular y la mortalidad han aumentado desde 1990, a más de 17 millones de muertes en 2013. Entre 1990 y 2013, la mortalidad cardiovascular global total aumentó casi un 41 %, y las tasas de mortalidad de todas las enfermedades cardiovasculares aumento - excepto la cardiopatía reumática, que se redujo un 26,5 %. Los países con las tasas más rápidas de descenso de la mortalidad cardiovascular incluyen a Corea del Sur, Israel, y Bahrain.

FIGURA N°1
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR ECV Y ENFERMEDADES CIRCULATORIAS 1990-2010



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Según estimaciones mundiales de salud de la OMS-2013, para el año 2030, las enfermedades cardiovasculares causarán mayor número de muertes en los países de nivel económico bajo y medio que en los países de nivel económico elevado.

En los países ricos se han visto algunos progresos positivos, pero estas enfermedades siguen suponiendo un problema de grandes dimensiones: las ECV representaron el 43% de las muertes en los países desarrollados en 2010, un porcentaje inferior al 48% de 1990, de acuerdo con el estudio de carga mundial de las enfermedades³.

El número de personas que viven con la enfermedad en lugar de morir a causa de la misma podría aumentar si se mantiene la tendencia al envejecimiento de la población.

³ GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;385:117-71. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

La obesidad aumenta la probabilidad de diabetes, hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y ciertos tipos de cáncer. A nivel mundial, la obesidad casi se ha duplicado desde 1980. En 2014, el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres de 18 años o más eran obesos. Más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso en 2013. La prevalencia mundial de la diabetes en 2014 se estimaba en un 10%.

Se estima que la hipertensión ha causado 9,4 millones de fallecimientos y el 7% de la carga de morbilidad expresada en AVAD- en 2010. Si no se controla, la hipertensión es causa de accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, demencia, insuficiencia renal y ceguera. Hay sólidas pruebas científicas de los beneficios para la salud que reporta la reducción de la presión arterial mediante intervenciones poblacionales e individuales (comportamentales y farmacológicas). La prevalencia mundial de la hipertensión (definida como superior a 140/90 mm Hg) en adultos de 18 años o más fue de un 22% en 2014.⁴

Las poblaciones mayores no suponen inevitablemente un aumento en las tasas de ECV (los países desarrollados han reducido la incidencia de las ECV en las últimas décadas, incluso mientras se mantenía el proceso de envejecimiento demográfico) pero multiplicarán el impacto de otros factores de riesgo. Sin contar África, la proporción de personas mayores de 60 años aumenta de forma rápida, aunque esta tendencia se observa de forma más clara en los países desarrollados: la ONU espera que la proporción de este grupo de edad pase del 22% de 2010 al 30% en 2035. Las cifras equivalentes para los países en desarrollo son el 9% y el 16%, aunque hay algunos valores atípicos.

Los países en desarrollo se enfrentan a un reto diferente. Tradicionalmente, la incidencia de las ECV en estos países ha sido insignificante y sigue siendo menor que en los países con más recursos económicos. Sin embargo, la incidencia está en alza. El número total de muertes por ECV ha aumentado en los países en desarrollo en un 13% en las últimas dos décadas.

Las ECV provocaron una cuarta parte de todas las muertes en 2010, frente al 18% en 1990. Mirando hacia el futuro, las proyecciones de la OMS señalan que hacia el año 2030 la mortalidad por ECV será más habitual en los países con niveles de renta bajos o medios que en los países con niveles de renta altos. Parte de este cambio relativo refleja una caída importante del 40% de la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en los países en desarrollo entre 1990 y 2010.⁵

a) En Europa

Las enfermedades cardiovasculares causan más muertes entre los europeos que cualquier otra condición, y en muchos países sigue causando más de dos veces más muertes que el cáncer. Están disponibles los últimos datos estimados para la Unión Europea (UE), relativos a las causas de muerte durante el período de referencia 2012. Las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer fueron, las principales causas de muerte en la UE.

⁴ Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles. OMS. 2014.

⁵ Nuevos enfoques para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. The Economist Intelligence Unit Limited 2013.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

Se registraron reducciones mayores en relación con las muertes por cardiopatías isquémicas, cuyas tasas de mortalidad experimentaron un descenso del 28,5 % para los hombres y del 30,4 % para las mujeres, mientras que se registraron reducciones aún mayores en las muertes por accidentes de transporte, cuyas tasas se redujeron en un 40,8 % para los hombres y un 43,8 % para las mujeres. La tasa de mortalidad normalizada por cáncer de mama se redujo en un 9,8 % para las mujeres, valor superior al cambio general experimentado en el caso del cáncer.

Las cardiopatías isquémicas provocaron 137 muertes por 100 000 habitantes en el conjunto de la UE. Los estados con las mayores tasas de mortalidad normalizadas por cardiopatías isquémicas fueron Lituania, Letonia, Eslovaquia, Hungría, Estonia y la República Checa. En todos ellos se superaron las 350 muertes por 100 000 habitantes en 2012. En el otro extremo de la escala, Francia (datos de 2011), Portugal, los Países Bajos, España, Bélgica, Luxemburgo y Dinamarca registraron las menores tasas de mortalidad normalizadas por cardiopatías isquémicas, por debajo de las 100 muertes por 100 000 habitantes.

La incidencia de muerte por cardiopatías isquémicas fue sistemáticamente mayor en el caso de los hombres en cada uno de los estados miembros. Las tasas de mortalidad normalizadas más elevadas por estas enfermedades entre los hombres se registraron en los tres Estados miembros del Báltico, que también registraron las mayores diferencias entre las tasas registradas en hombres y mujeres. La incidencia más baja de muertes por cardiopatías isquémicas en las mujeres se registró en Francia (datos de 2011).

En España, al igual que en el resto de los países occidentales, constituyen la primera causa de muerte en el conjunto de la población. En 2009, causaron 120 057 muertes (329 muertes cada día) (54 815 en varones y 65 242 en mujeres), lo que supone el 31 % de todas las defunciones (28 % en varones y 35 % en mujeres).⁶

Desde el año 1996, en España la enfermedad isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (30% en total, un 37% en varones y un 23% en mujeres). Este predominio de la enfermedad isquémica del corazón sobre la cerebrovascular se debe al mayor descenso relativo de la mortalidad cerebrovascular respecto de la mortalidad coronaria, invirtiéndose así el llamado patrón mediterráneo de mortalidad cardiovascular, en el que predominaba el ictus. En los varones, este fenómeno se produjo casi diez años antes, en 1987. Por el contrario, en las mujeres todavía predomina la enfermedad cerebrovascular sobre la coronariopatía. De toda la enfermedad isquémica del corazón, la rúbrica infarto agudo de miocardio es la más frecuente, con un 55% (56% en los varones y 53% en las mujeres). El segundo lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, que representa el 26% de toda la mortalidad cardiovascular. Este porcentaje es mayor en las mujeres (28%) que en los varones (24%). La tercera enfermedad cardiovascular importante como causa de muerte es la insuficiencia cardíaca, que ocasiona el 15 % de la mortalidad cardiovascular total (11% en varones y 18% en mujeres). La mortalidad registrada por insuficiencia cardíaca puede subestimar el verdadero impacto de esta

⁶ World Health Organization. WHO Global Infobase. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx>

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

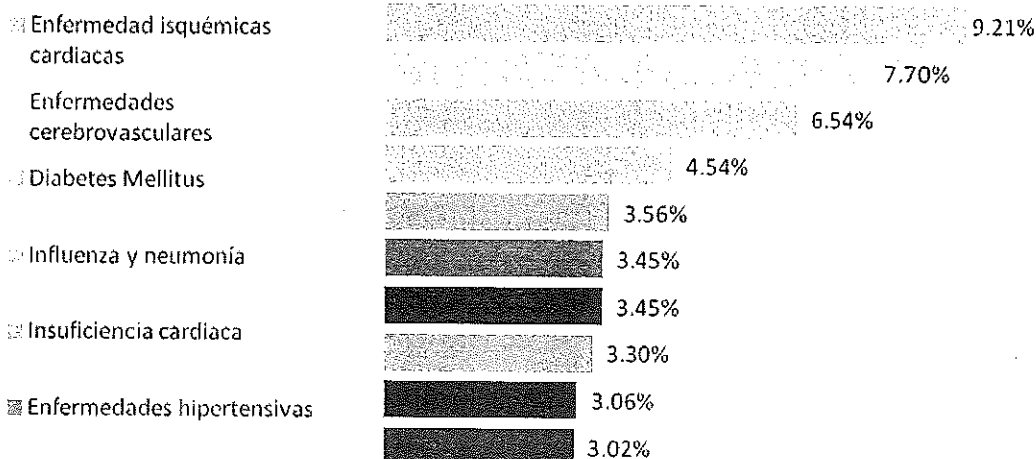
causa de muerte, por cuanto es la vía final común de muchas enfermedades que afectan al corazón.⁷

b) En América

En 2007 ocurrieron en las Américas 1.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares (30% de los fallecidos por todas las causas), de los cuales 662.011 tuvieron una cardiopatía isquémica (299.415 mujeres y 362.596 hombres) y 336.809, una enfermedad cerebrovascular (183.689 mujeres y 153.120 hombres). Esta situación es muy compleja en América Latina, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo, y porque la tasa de discapacidad resultante es una carga demasiado pesada para los individuos, las familias y los sistemas de salud.⁸

GRÁFICO N°1

Principales causas de mortalidad en América



Fuente: Observatorio Regional de Salud OPS- Datos de 2009.

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las enfermedades cardiovasculares, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la cardiopatía isquémica.

Datos recientes dan cuenta de que en la población adulta de siete países de América Latina un 18% padece de hipertensión arterial, 14% tiene el colesterol elevado, 7% está viviendo con diabetes, 23% es obesa y 30% fuma. Dado el perfil epidemiológico

⁷ Dégano IR, Elosua R, Kaski JC, Fernández-Bergés DJ, Grau M, Marrugat J. Plaque stability and the southern European paradox. Rev Esp Cardiol 2013;66:56-62.

⁸ Observatorio Regional de Salud OPS. Consultado el 20 de abril del 2016. Encontrado en: <http://new.paho.org/saludenlasamericas> Datos de 2009.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

de la Región, se ha estimado que el porcentaje de la población adulta con menos de 70 años que está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es alto: hasta un 41% de los hombres y un 18% de las mujeres en los países con muy baja mortalidad tanto infantil como de adultos (Canadá, Cuba y Estados Unidos), hasta un 25 y un 17% de los hombres y mujeres, respectivamente, en países con baja mortalidad infantil y en adultos (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y un 6% de las mujeres de los países con muy alta mortalidad infantil y mortalidad en adultos (Bolivia y Ecuador).⁹

Para el período 2006–2015, se calculó que la pérdida acumulativa del PIB causada por las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes fue de 13.540 millones de dólares en cuatro países de la Región: Argentina, Brasil, Colombia y México.¹⁰ En Brasil, cuya economía ocupa el segundo lugar en la Región después de los Estados Unidos, se calculó en 72.000 millones de dólares el costo del tratamiento y la pérdida de productividad causados por cinco enfermedades no transmisibles (la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón).¹¹

Datos recientes de Argentina indican que es posible evitar la pérdida de años de vida saludable que causan las enfermedades y accidentes cardiovasculares aplicando los conocimientos y tecnologías existentes, lo que permitiría ahorrar costos del valor de 395 millones de dólares al año.

En Brasil, de enero a octubre de 2012, las enfermedades del aparato circulatorio representaron 20,6% de todas las muertes, 24% afectando adultos entre 20 y 59 años, en pleno intervalo de la edad activa. Las muertes por infarto agudo de miocardio (IAM) representaron 12,1% en este grupo.¹²

La diabetes representó un costo de 65.000 millones de dólares para la Región de las Américas en el año 2000; la mayoría de los costos fueron indirectos (54.000 millones de dólares).¹³

Se estimó que la complicación más costosa de la diabetes fueron las nefropatías, seguidas de las retinopatías. La diabetes constituye una porción significativa del gasto sanitario total. Los cálculos más recientes de la Federación Internacional de la Diabetes indican que, en el 2010, el gasto en la diabetes representó un 9% del gasto sanitario total en América del Sur y América Central, y un 14% en América del Norte (incluidos los países de habla inglesa del Caribe y Haití).¹⁴

6.2.-SITUACION EN EL PERU

En el Perú, se estima que, de todas las causas de muertes prematuras, el 22% son causadas por ECV, con una tasa de mortalidad de 143 muertes por 100 000

⁹ "Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores". OPS. 2011.

¹⁰ Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortega M, & Strong K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 370:1929-1938.

¹¹ World Bank. (2005). Addressing the Challenge of Non-communicable Diseases in Brazil. Report No. 32576-BR.

¹² DATASUS. Morbilidad hospitalar do SUS. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtn.exe?sih/cnv/nruf.def> 3. Labarthe Dr, Dunbar SB. Global Cardiovascular Health Promotion and Disease Prevention: 2011 and Beyond. *Circulation*. 2012;125:2667-76

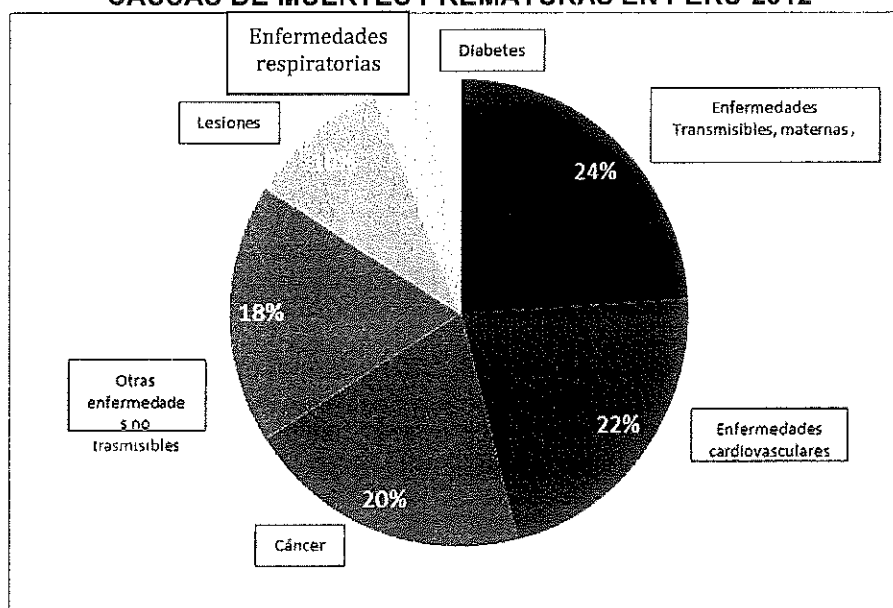
¹³ Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, & Connell C, et al. K.R. (2006). Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 27: 188–207.

¹⁴ Zhang P, Zhang X, Betz Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J & Nichols GA. (2009). Economic impact of diabetes. Background paper for IDF Diabetes Atlas fourth edition.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

habitantes, sin embargo, su distribución a nivel distrital no ha sido estudiada. En ese sentido, la identificación de su comportamiento geoespacial puede ser útil para focalizar la implementación, evaluación y monitoreo de programas orientados a prevenir las ECV¹⁵

GRÁFICO N°2
CAUSAS DE MUERTES PREMATURAS EN PERU-2012



Fuente: PAHO – OMS. 2014

La causa más frecuente de las enfermedades cardiovasculares es la aterosclerosis, trastorno de evolución crónica que ocupa toda la vida, se desarrolla en forma insidiosa, generalmente da signos y síntomas cuando la enfermedad está avanzada, su causa es multifactorial, y fue un gran progreso la identificación mensurable de los denominados Factores de Riesgo Cardiovascular, que sirve para predecir y prevenir las posibilidades que tiene un individuo a desarrollar una enfermedad aterosclerótica cardiovascular; en este concepto se incluye la edad, el sexo, la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipemia, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, la dieta aterogénica, el estrés socioeconómico y social, la historia familiar de muerte prematura cardiovascular, elementos genéticos, raciales, culturales, geográficos, etc.¹⁶

La prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se ha incrementado de 23.7 %, según el estudio TORNASOL I (Enero – Diciembre 2004), a 27.3 % de acuerdo a los resultados de TORNASOL II (Marzo 2010 – Enero 2011). También se observó un aumento de la prevalencia de hipertensos en todos los grupos según la clasificación del VII Reporte (JNC VII) y por lo tanto una disminución de normotensos 43.9 % a 35.8%

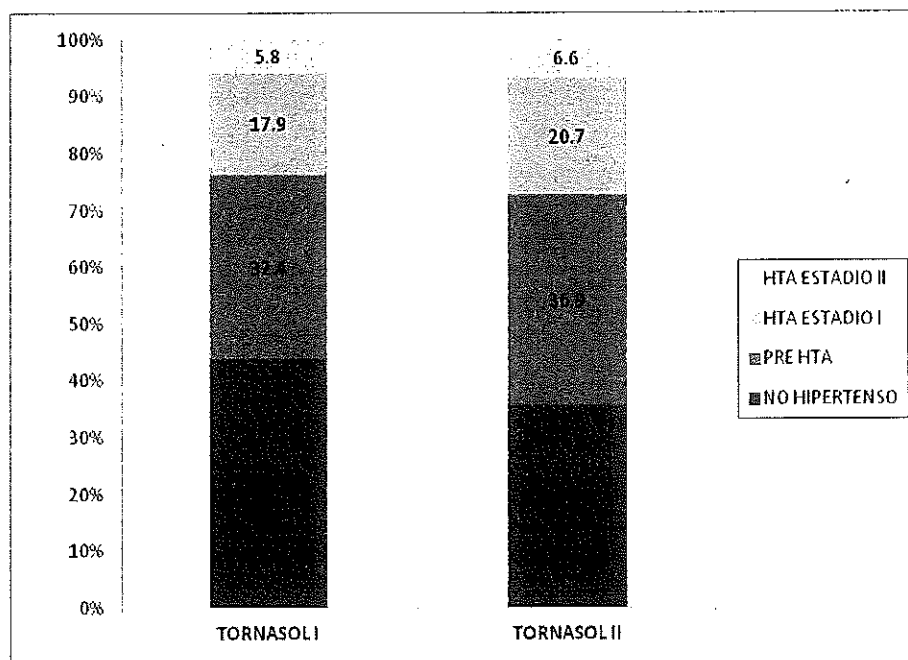
¹⁵ Pan American Health Organization. Perú: Cardiovascular diseases profile [Internet]. Perú: PAHO; 2014 [Citado el 24 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=27864&lang=en.

¹⁶ Smith S, Voûte J, Fuster V. Principles for national and regional guidelines on cardiovascular disease prevention. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2006;3(9):461.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

1248
Resolución de Gerencia General N° -GG-ESSALUD-2016
PLAN "CUIDADO DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ESSALUD 2016-2021"

GRÁFICO N°3
COMPARACIÓN DE PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
ESTUDIOS DE TORNASOL I Y II



Fuente: Tendencias de la Hipertensión Arterial en el Perú según los Estudios TORNASOL I y II. Dr. Luis, Segura Vega, Dr. Enrique, Ruiz Mori., Dr. Regulo, Agustín C e investigadores de TORNASOL II

Al comparar los dos estudios TORNASOL todas las cifras de prevalencia de hipertensión arterial se han incrementado significativamente en las tres regiones naturales de nuestro país, en la costa de 27.3% a 31.6% (mujeres de 23.4 a 28.8%, varones de 31.3% a 34.5%), en la sierra de 20.4% a 23.2% (mujeres de 17.6 a 20.0% y varones de 23.3% a 26.8%), en la selva de 22.7% a 26.6% (mujeres de 19.5% a 24.8%, varones de 25.9 a 28.3%), en las poblaciones por debajo de los 3 mil msnm subió de 18.8% a 24.5% (mujeres de 16.8% a 19.7%, varones de 20.9 a 29.4%) y en las ciudades situadas por encima de los tres mil msnm, las prevalencias son similares, 22.1% y 22.2%, (las variaciones por sexo fueron, mujeres de 18.5% a 20.3% y varones de 25.7% a 24.3%).¹⁷

¹⁷ Libro Perú de Enfermedades no transmisibles 2014, INEI, pág. 9-15. Abril 2015.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

CUADRO N°2
PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN REGIONES NATURALES Y SEXO.

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Tornasol I	Tornasol II	Tornasol I	Tornasol II	Tornasol I	Tornasol II
Costa	31.3	34.5	23.4	28.8	27.3	31.6
Sierra (<3000msnm)	20.9	29.4	16.8	19.7	18.8	24.5
Sierra (>3000msnm)	25.7	24.3	18.5	20.3	22.1	22.2
Sierra	23.3	26.8	17.6	20.0	20.4	23.3
Selva	25.9	28.3	19.5	24.8	22.7	26.6
Total	27.1	30.3	20.4	24.4	23.7	27.3

Fuente: Tendencias de la Hipertensión Arterial en el Perú según los Estudios TORNASOL I y II. Dr. Luis, Segura Vega, Dr. Enrique, Ruiz Mori., Dr. Regulo, Agustín C e investigadores de TORNASOL II

La Diabetes como factor de riesgo cardiovascular ha crecido a nivel nacional, de una prevalencia de 3.3% hace 5 años según TORNASOL I, a 4.4% de acuerdo a TORNASOL II. Si se considera que la mitad de la población sabe de su condición de diabético, la prevalencia real aproximada de esta enfermedad será 6.6% y 8.8% respectivamente; sin esta consideración la diabetes se ha incrementa en las mujeres de 3.2% a 4.5% y en los varones de 3.4% a 4.3%; en TORNASOL II, observamos que las tendencias en hombres y mujeres son parecidas

CUADRO N°3
PREVALENCIA DE LA DIABETES POR REGIONES NATURALES Y SEXO

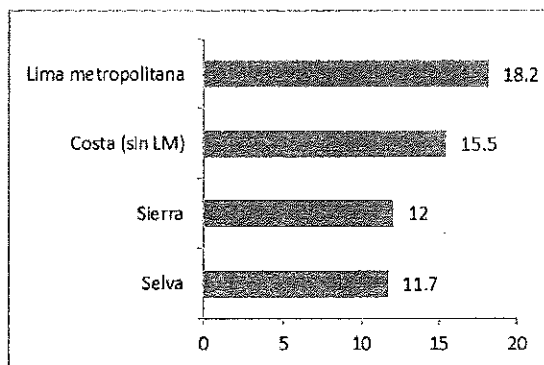
	TORNASOL	VARONES	MUJERES	TOTAL
		%	%	%
Costa	I	4.5	4.1	4.3
	II	5.7	6.0	5.9
Sierra	I	2.4	1.8	2.1
	II	2.5	2.7	2.6
Sierra (<3000msnm)	I	2.7	2.2	2.4
	II	2.6	2.5	2.5
Sierra (<3000msnm)	I	2.2	1.4	1.8
	II	2.4	2.9	2.7
Selva	I	3.1	4.6	3.9
	II	5.2	5.8	5.5

Fuente: Tendencias de la Hipertensión Arterial en el Perú según los Estudios TORNASOL I y II. Dr. Luis, Segura Vega, Dr. Enrique, Ruiz Mori., Dr. Regulo, Agustín C e investigadores de TORNASOL II

Según INEI 2015, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en Lima Metropolitana (18,2%), seguido por la Costa sin Lima Metropolitana (15,5%). La menor prevalencia se registró en la Selva (11,7%) y en la Sierra (12,0%).

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

GRÁFICO N°4
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2014



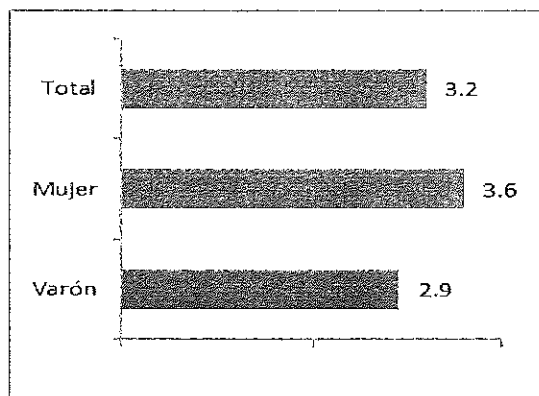
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.



El 3,2% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticado con diabetes mellitus. Según sexo, el 3,6% de la población femenina padece de diabetes y el 2,9% de la masculina. Por región natural, el mayor porcentaje de personas con diabetes se ubica en Lima Metropolitana con 4,5% y el menor porcentaje en la Sierra con 2,0%.



GRÁFICO N°5
PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, SEGÚN SEXO 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según el Investigador Villena¹⁸, señala que la Diabetes Mellitus tiene una prevalencia para el año 2015 de 6.1% a 7%; el Sobrepeso de 34.7% y la Obesidad de 17.5%. Estos datos varían según regiones siendo mayor en la costa y área urbana como a continuación se detalla:

¹⁸ Diabetes Mellitus en el Perú Annals of Global Health 2015 Mount Sinai School of Medicine

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

CUADRO N° 4
DIABETES MELLITUS Y CONDICIONES RELACIONADAS EN EL PERÚ

Condición / Localidad	Prevalencia / Incidencia
Diabetes	6.1%/7.0%
Costa	8.2%
Sierra	4.5%
Selva	3.5%
Sobrepeso	34.7%
costa	35.4%
Sierra	29.25%
Selva	31.0%
Obesidad	17.5%
Urbana	21.3%
Rural	6%

Fuente: Dr. Jaime Villena Diabetes Mellitus en el Perú Annals of Global Health 2015 Mount Sinai School of Medicine

Cardiopatía Congénita

Las cardiopatías congénitas han cobrado importancia en las últimas décadas, no solo por su relevancia clínica sino también por su incremento como problema de salud pública. Las cardiopatías congénitas representan la tercera parte de todas las malformaciones congénitas, con una incidencia muy variable, considerando los valores comunicados en diversos estudios que oscilan entre 4 y 50 por mil nacidos vivos, siendo el valor de incidencia mayormente señalado de 7,76 por mil nacidos vivos.

6.3.-SITUACION EN ESSALUD

6.3.1.-CARGA DE ENFERMEDAD

El estudio de AVISA 2014- ESSALUD, las enfermedades con mayores años de vida perdidos fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, seguido de las afecciones perinatales y las neuropsiquiatrias. Así mismo, las enfermedades no trasmisibles van en aumento según el estudio de carga de enfermedad siendo para el año 2015, 1'179.571 años de vida perdido, con una proyección de 1'433,743 años de vida perdido para el año 2021

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

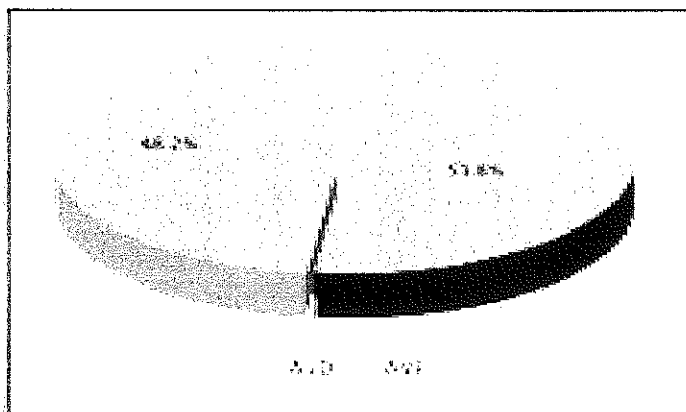
CUADRO N°5
CARGA DE ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN ASEGURADA (AVISA)-2014

Categorías	AVISA	AVISA del Daño más importante		
		Descripción	N°	% del total de la categoría
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	175,458	Artrosis	131,220	74.8%
Condiciones perinatales	101,088	Bajo peso/prematuridad	35,109	34.7%
Neuro-psiquiátricas	88,039	Enfermedad de la neurona motora	30,717	34.9%
No intencionales	86,897	Fuego	52,245	60.1%
Enfermedades endocrinas y de la sangre	86,407	Enfermedades endocrinas y de la sangre	86,407	100.0%
Tumores malignos	81,145	Tumor maligno mama	16,770	20.7%
Enf. cardiovasculares	56,957	Enfermedad CVC hipertensiva	33,735	59.2%
Enf. Del Órgano de los Sentidos	45,587	Glaucoma	38,947	85.4%
Diabetes Mellitus	41,128	Diabetes Mellitus	41,128	100.0%
Deficiencias nutricionales	32,593	Anemia por déficit de hierro	27,377	84.0%
Enf. genitourinarias	32,589	Nefritis, nefrosis	21,761	66.8%
Infecciosas y parasitarias	24,637	SIDA	6,022	24.4%

Fuente: Estudio de Carga de Enfermedades y lesiones en ESSALUD- Estimación de los Años de Vida Saludables perdidos 2014

Según el Estudio de Carga de Enfermedades¹⁹ dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares ocuparon el quinto lugar con 59,957 años de vida perdido, dentro del cual un 59.2% se dieron por enfermedades cardiovasculares hipertensivas. En ese mismo estudio y como se señala en el cuadro, las enfermedades por Diabetes Mellitus produjeron 41 128 años de vida perdido.

GRÁFICO N°6
CARGA DE MORBILIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ESSALUD 2014

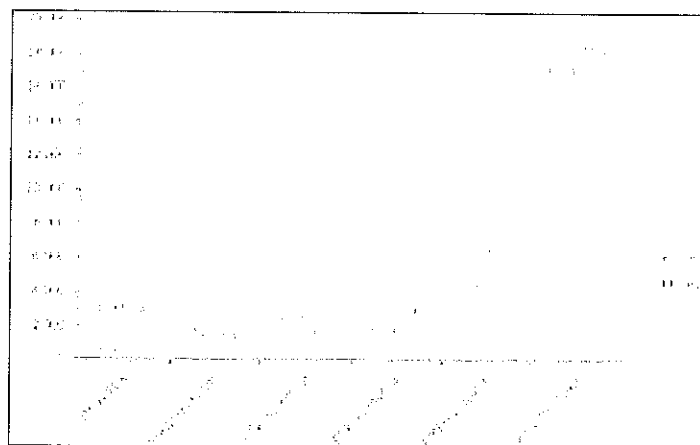


Fuente: Estudio de Carga de Enfermedades y lesiones en ESSALUD- Estimación de los Años de Vida Saludables perdidos 2014

Además, en el citado estudio un 48.2% se dieron por muerte prematura y un 52.8% se dieron por discapacidad.

¹⁹ Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud-Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014

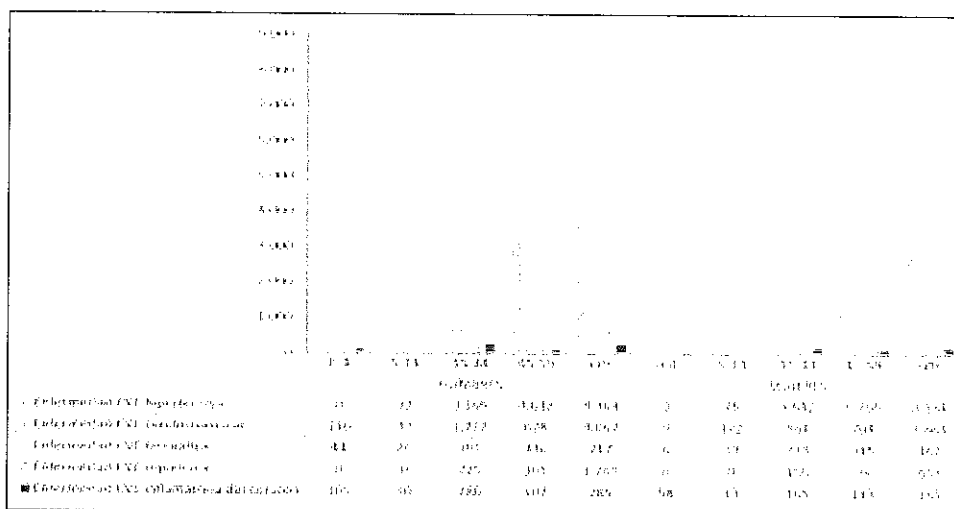
GRÁFICO N°7
CARGA DE MORBILIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO. ESSALUD 2014



Fuente: Estudio de Carga de Enfermedades y lesiones en ESSALUD- Estimación de los Años de Vida Saludables perdidos 2014

Así mismo, en el estudio citado, existe un comportamiento desigual según sexo y afectación cardiovascular de por sí. El sexo femenino se afecta más por accidente cerebro vascular y ECV reumática; mientras que el sexo masculino se afecta más por enfermedad cerebrovascular, ECV isquémica y enfermedad propia de corazón.

GRAFICO N°8
CARGA DE MORBILIDAD POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. ESSALUD 2014



Fuente: Estudio de Carga de Enfermedades y lesiones en ESSALUD- Estimación de los Años de Vida Saludables perdidos 2014

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

Se puede apreciar que las enfermedades cardiovasculares en ambos sexos aparecen desde los 15 años y se acentúan marcadamente a partir de los 60 años.

Para el año 2014, 71.5% de años de vida saludable perdidos por enfermedad (AVISA) fueron por enfermedades no transmisibles; esto se relaciona con lo que sucedió en el Perú para el año 2012, en el que representan el 60,6%.

Esta situación se acentúa al unir los casos por discapacidad que producen las enfermedades endocrinas, las causadas por diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares por hipertensión arterial que representan la segunda, sexta y 12ava causa dentro del total de enfermedades mas discapacitantes, según lo señala el estudio de "Carga de Enfermedad y Lesiones en ESSALUD"-Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014.



6.3.2.-Mortalidad de la Población Asegurada

Durante el 2014, se produjeron 22,335 muertes, siendo el primer lugar los tumores malignos (23.6%; 5265) seguido de las enfermedades cardiovasculares (19.2%, 4,281) y las enfermedades respiratorias con un 17.0% (3,793).



La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en menores de 70 años para el año 2014 fue de 0.9 por 10 000 asegurados. Las Redes Asistenciales que tuvieron una tasa mayor a la del promedio nacional fueron: Tarapoto, Piura, Tarma, Pasco, Lambayeque, Madre de Dios, Loreto, La Libertad, Rebagliati, Ancash e Ica.

La tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus en EsSalud fue de 0.5 por 10,000 asegurados. Las tasas de mortalidad son más frecuentes en Madre de Dios, Tarapoto, Loreto, Lambayeque, Piura, Tarma, Ucayali, Junín, La Libertad, Juliaca y Rebagliati. Situación de Cardiopatía congénita en ESSALUD.

Según la Oficina de Inteligencia Sanitaria, para el año 2015, existieron 6,454 cardiopatías congénitas, siendo los diagnósticos más frecuentes: defecto del tabique auricular, defecto del tabique ventricular y malformación arteriovenosa de los vasos cerebrales.

Dentro de las causas de años de vida perdidos por mortalidad prematura en ESSALUD ocupa el primer lugar la enfermedad cardiovascular hipertensiva (12,553 AVP), seguido en tercer lugar por Diabetes Mellitus (9997 AVP), en noveno lugar enfermedad CVC cerebrovascular (7118 AVP) y quinceavo lugar, otras enfermedades cardiovasculares (4328 AVP).

6.3.3.-Factores de riesgo relacionados a la enfermedad cardiovascular en ESSALUD

Obesidad: Según el estudio por Álvarez Dongo y colaboradores²⁰ en el Perú un 62.3% de la población entre 30 y 59 años sufren de sobrepeso u obesidad; es decir tres de cada cinco adultos tienen exceso de peso. Esta situación no es ajena a Es Salud, y se ha visto que durante el periodo 2007 a 2014, se atendieron 315 059 casos de obesidad, la curva de evolución es creciente siendo la ocurrencia para el año 2007; 12 882 casos y para el año 2014; 53 420 casos.

²⁰ Álvarez Dongo y colaboradores. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes del exceso de peso en la población (2009-2010). Rev Perú Med Exp Salud Pública.

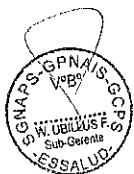
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016

Diabetes Mellitus: El Estudio PERUDIAB²⁰ 2012 realizado en 1667 hogares a nivel nacional encontró en adultos mayores de 25 años una prevalencia de 7% y un 23% de hiperglucemia en ayuno. Esta situación se da de manera similar en ESSALUD; donde en el año 2014, según el Subsistema de Vigilancia de Mortalidad de OIIS GCPS. ESSALUD, hubieron cerca de un 5% de los asegurados, donde un 58% correspondió a las mujeres y un 42% a los varones. Así mismo, la Tasa de incidencia se incrementa con la edad, alcanzando una incidencia elevada para el grupo de edad de 60 a 69 años.

Las Redes Asistenciales que tuvieron mayor incidencia fueron: Ucayali, Tarapoto y Tumbes

Hipertensión arterial: Según el subsistema de Vigilancia de Mortalidad/OIIS GCPS de ESSALUD, de los casos diagnosticados en el 2014 por hipertensión arterial, 54% corresponde al sexo femenino y un 46% al sexo masculino. Así mismo, la tasa de incidencia se incrementa con la edad, alcanzando una incidencia elevada para el grupo de edad de 70 años a más (10,212). Las Redes Asistenciales que tuvieron la mayor incidencia fueron: Huaraz, Tumbes y Tarapoto.



6.3.4.-OFERTA DE ATENCION EN SALUD CARDIOVASCULAR

a) Recursos Humanos

Según la Gerencia Central de Operaciones a través del Sistema de Información Referencial del Estudio de Demanda y Capacidad de Oferta en los Recursos Humanos GCOP- Diciembre 2015, informa que existen: 31 Médicos especialista en Medicina Familiar, 320 médicos especialistas en cardiología, 73 médicos especialistas en endocrinología, 132 médicos especialistas en nefrología y 610 médicos especialistas en medicina interna



Médico especialistas en Medicina Familiar:

Existen 31 médicos especialistas en medicina familiar en ESSALUD. Las Redes Asistenciales que concentran mas médicos en esta especialidad son: RA Rebagliati, RA Arequipa y RA Cusco; mientras que las Redes Asistenciales que menos concentran este tipo de médicos especialistas son: RA Libertad, RA Lambayeque, RA Junín, RA Ucayali, RA Puno y RA Apurímac.

Médico especialistas en Cardiología

Existen 320 médicos especialistas en cardiología en ESSALUD. Un 59% se encuentran en el III Nivel de Atención, un 36% en el II Nivel de Atención y un 4% en el primer nivel de atención.

Médico especialistas en Endocrinología:

Existen 73 médicos especialistas en endocrinología en ESSALUD. Las Redes Asistenciales que concentran más médicos en esta especialidad son: RA Rebagliati, RA Almenara y RA Sabogal; mientras que las Redes Asistenciales que menos concentran este tipo de médicos especialistas son: RA Cajamarca, RA Juliaca, RA La Libertad, RA Puno, RA Tacna y RA Ayacucho y RA Moquegua.

²⁰ Seclen, S. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Her.2015;26:3-4

20 NOV 2016

Médico especialistas en Nefrología

Existen 132 médicos especialistas en nefrología en ESSALUD. Las Redes Asistenciales que concentran más médicos en esta especialidad son: RA Rebagliati, RA Almenara y RA Arequipa; mientras que las Redes Asistenciales que menos concentran este tipo de médicos especialistas son: RA Loreto, RA Cajamarca, RA Ucayali, RA Huánuco y RA Junín.

Médico especialistas en Medicina Interna:

Existen 610 médicos especialistas en medicina interna en ESSALUD. Las Redes Asistenciales que concentran más médicos en esta especialidad son: RA Rebagliati, RA Almenara y Arequipa; mientras que las Redes Asistenciales que menos concentran este tipo de médicos especialistas son: RA Pasco, RA Huaraz, RA Moquegua y RA Tarapoto.

b) Programa de Reforma de Vida

El Programa Reforma de Vida es una estrategia de abordaje extramural del Seguro Social de Salud, fundamentada en sus tres pilares: Alimentación celeste, Alimentación terrestre y Alimentación humana, cuya finalidad es contribuir con el cuidado integral de la salud de los trabajadores de las entidades públicas y privadas. A través de la detección temprana de factores de riesgo de enfermedades prevenibles como las enfermedades cardiometabólicas prevalentes y posteriormente realizar intervenciones integrales, con el objetivo de brindar la posibilidad de cambio y empoderamiento en la práctica de estilos de vida saludable, cuenta con una visión integral de la persona (cuerpo, mente y espíritu), influyendo de manera profunda en el bienestar y la calidad de vida de la persona, familia y comunidad, acercando los servicios de salud al asegurado, especialmente al trabajador activo de las entidades aseguradas, desarrollando la intervención en los centros laborales.



No obstante, desde el año 2007, EsSalud viene tratando de modificar estilos de vida no saludable a través del Programa de Reforma Vida a fin de poder intervenir a los asegurados con síndrome metabólico pre mórbido y hacer que opten por estilos de vida saludables. Durante el año 2014, se pudo controlar a 8,565 asegurados en un periodo de 4 a 6 meses.



La atención preventiva se realiza a través de la provisión de atenciones preventivas enmarcadas en la cartera de Servicios de Complejidad Creciente y con el Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular en el Seguro Social de Salud-ESSALUD, creado este último mediante Resolución Gerencia General N°1514-GG-ESSALUD-2015. Los aspectos de promoción y prevención son dos pilares muy importantes en ESSALUD

c) Situación actual de las Guías de Práctica Clínica y Normas en el Cuidado de la Salud Cardiovascular.

Actualmente, el Ministerio de Salud ha normado tres Guías de Práctica Clínica relacionadas a la Salud Cardiovascular:

1. "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva" aprobada con Resolución Ministerial N°031-2015/MINSA.

28 NOV 2016

2. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención aprobada con Resolución Ministerial N°719-2015/MINSA
3. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control del Pie Diabético, aprobada con Resolución Ministerial N°226-2016/MINSA.

Estas guías de práctica Clínica son de referencia para EsSalud y se complementan con las Directivas institucionales que establecen las pautas para la organización de los servicios desde el Primer Nivel de atención basada en la evaluación del riesgo cardiovascular de los asegurados, su derivación oportuna y atención profesional integral que incluya la articulación con los servicios de medicina complementaria y el Programa de Reforma de Vida.



1. Directiva N°005-GCPS-ESSALUD-2016 "Cuidado Integral del Asegurado con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud-EsSalud aprobado con Resolución de Gerencia de Prestaciones de Salud N°48-GCPS-ESSALUD-2016.
2. Directiva N°001-GCPS-ESSALUD-2016: "Cuidado integral del paciente con hipertensión arterial en el seguro Social de Salud EsSalud aprobado con Resolución de Gerencia de Prestaciones de Salud N°33-GCPS-ESSALUD-2016.



De otro lado dado ante la alta demanda de pacientes con complicaciones, es necesario contar con guías de práctica clínica y documentos normativos que aborden los problemas de:

- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular
- Cardiopatía congénita

En relación a la cartera de servicios actualmente se cuenta con el "Catálogo de Servicios de la Red Nacional Cardiovascular" aprobado con Resolución de Gerencia Central N° 29-GCPS-ESSALUD-2010, siendo necesaria su actualización con la finalidad de establecer la Cartera de Servicios en Salud Cardiovascular por niveles de atención para el cuidado estandarizado y progresivo de la salud.

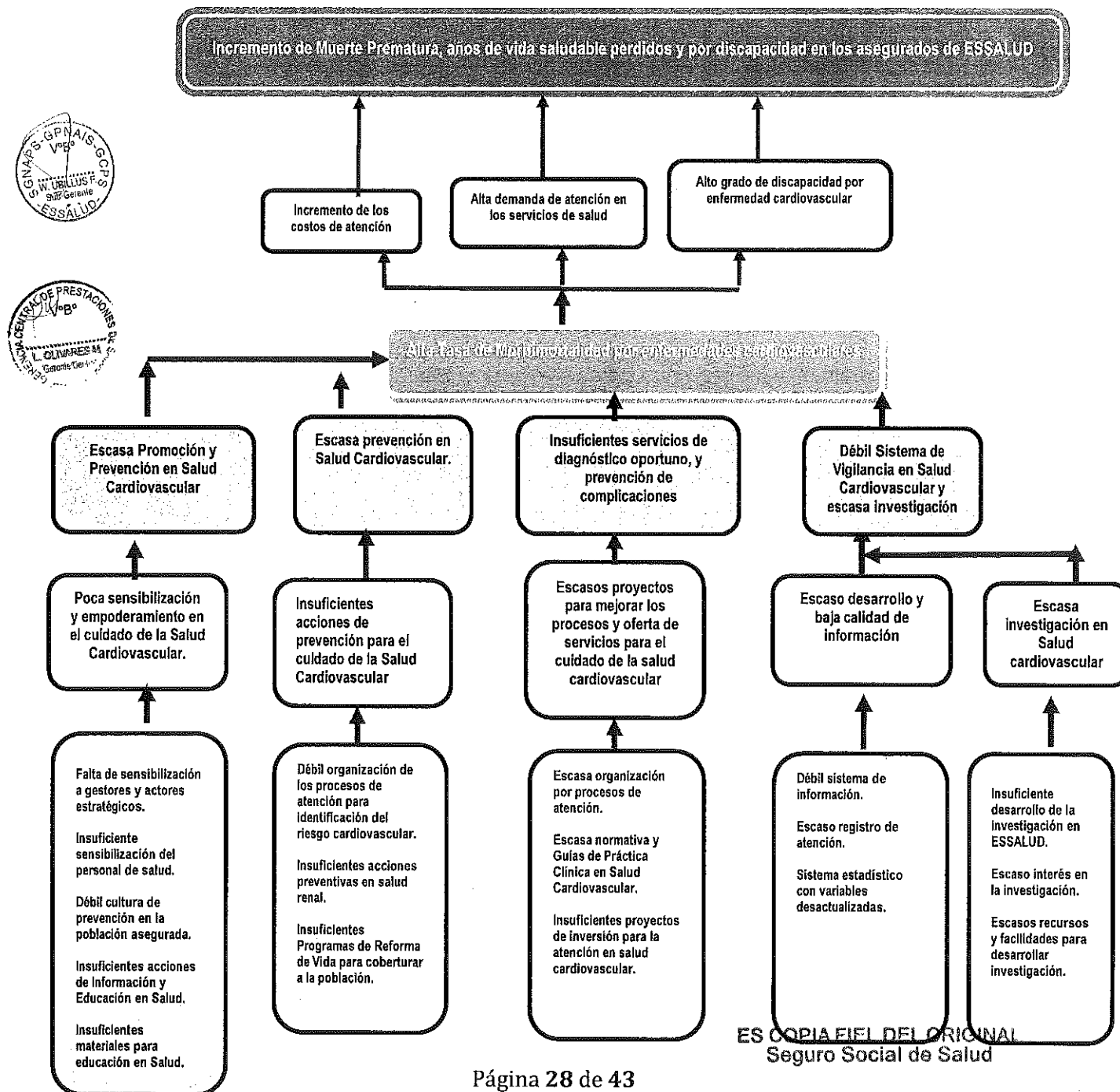
d) Equipamiento y sistema de información para el desarrollo de las intervenciones:

Según Información de la Gerencia Central de Operaciones, registrados por Redes Asistenciales, los equipos para la atención en salud cardiovascular se encuentran en un buen estado aproximadamente un 50%. Al respecto a través de la Gerencia Central de Proyectos de Inversión se tiene previsto la formulación de proyectos de inversión para mejorar integralmente el equipamiento e infraestructura.

En ESSALUD, no cuenta con un Sistema de Vigilancia en Salud Cardiovascular y los sistemas institucionales asistenciales (SGH, SGSS y SISCAP) no contemplan en su totalidad el registro de la información para el cuidado de la salud cardiovascular, por ello es necesario considerar la mejora de las variables en los sistemas de información vigente que permitan contar con este Sistema de Vigilancia y monitoreo de indicadores

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

VII. ÁRBOL DE PROBLEMA



VIII. ANALISIS FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
• Especialistas en Salud Cardiovascular del más alto nivel. • Programa Reforma de Vida Renovada orientado a la detección de riesgos cardiovasculares e intervención prioritaria del síndrome metabólico pre mórbido tanto en el nivel extramuros como intramuros. • Laboratorio básico para la toma de pruebas que evalúen el riesgo cardiovascular. • Sistema de Vigilancia de Salud renal (VISARE) y del aplicativo informático UMERC. • Norma en Salud Cardiovascular: RENDES, trasplantes renal y cardiovascular (Procura), manejo de pie diabético, unidades cerebrovasculares, unidades coronarias, manejo de retinopatías, programa de rehabilitación cardiovascular, cuidados paliativos. • Centro de Detección Rápida de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 CEDHI en la Red Desconcentrada Rebagliati • Centros y Unidades de Medicina Complementaria en las 29 Redes Asistenciales para el manejo de los riesgos cardiovasculares. • Oferta Flexible –Programas especiales dirigidos a empresas como parte de la Oferta Flexible para la atención de asegurados. • Centro Nacional de Telemedicina (CENATE)	• Insuficiente infraestructura para atender enfermedades cardiovasculares. • Brecha de recursos humanos sobre todo en el primer nivel de atención. • Débil registro de información de atenciones en salud cardiovascular • Insuficientes Guías de Práctica Clínica • Desabastecimiento de algunos insumos, medicamentos y equipos en IPRESS. • Equipamiento en Salud Cardiovascular en regular estado u obsoleto • Insuficiente capacitación relacionada a temas para el cuidado de la salud cardiovascular. • Escasa investigación en Salud Cardiovascular. • Pettitorio restringido de medicinas antihipertensivas. En el primer nivel de atención. • Insuficiente desarrollo de Tele cardiografía en CENATE • Incipiente Sistema de Cuidado para el Infarto Agudo de Miocardio y para el accidente cerebro vascular.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016





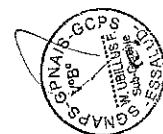
Resolución de Gerencia General N° -GG-ESSALUD-2016
PLAN "CUIDADO DE SALUD CARDIOVASCULAR EN ESSALUD 2016-2021"

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
• Avance de Tecnologías Sanitarias en los campos de educación Sanitaria. • IPRESS que brindan atención primaria. • Ley que permite el intercambio prestacional entre ESSALUD y MINSA. • Marco regulatorio existente: Metas de aplicación voluntaria de la OMS 2015- 2021, Ley General de protección a las personas con diabetes, Documento Técnico Lineamiento de las enfermedades No trasmisibles. Ley sobre el tabaco, Ley de alimentación saludable, Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención de control de daños no transmisibles. 2004-2012. (actualización) y las Directivas de Diabetes e Hipertensión del MINSA. • Participación de ESSALUD en el SECCOR para generar propuestas de políticas que mejoren el entorno laboral, comunitario, educacional comercial-productivo, publicitario para motivar estilos de vida saludables. • Ley de salud y seguridad en el trabajo para coordinar la intervención en las empresas en lo referente a la prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares en los trabajadores a su cargo, lo cual debe estar incluido en el examen pre vacacional.	• Estilos de vida no saludables de la población asegurada • Incremento de la población asegurada adulta mayor y de problemas cardiovasculares • Spots publicitarios de radio, televisión, etc. que fomentan el consumo de alimentos procesados, con gran contenido de calorías, sal y grasas trans. • Insuficiente sensibilización de las autoridades de los Gobiernos Regionales y Locales para fomentar estilos de vida saludables. • Falta de normas que regulen el fomento de la actividad física y la alimentación saludable en las instituciones educativas y empresas. • Programas de medicina que no promueven la educación preventiva promocional en salud cardiovascular. • Profesionales de la salud con insuficiente preparación en la prevención y manejo de problemas cardiovasculares en el primer nivel de atención.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1205-GG-ESSALUD-2016



IX. VALORES Y PRINCIPIOS

El plan institucional: **"Cuidado de Salud Cardiovascular 2016-2021 en EsSalud"**, contempla para cada objetivo establecido el desarrollo de acciones prioritarias a desarrollar para mejorar el cuidado estandarizado y progresivo de la Salud Cardiovascular, con la finalidad de impactar en la calidad y oportunidad de las prestaciones que permitan progresivamente una reducción sostenida de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares en todos sus componentes.

El desarrollo del Plan esta regido en los VALORES establecidos en el Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud, son los siguientes:

- ☐ **Humanización:** Orienta la actuación de nuestros colaboradores hacia el servicio del asegurado, considerándolo como un todo y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones ética, psicológica, biológica, social y espiritual. El objetivo es un mejor cuidado, así como en el reconocimiento y realización de los derechos ciudadanos de la población asegurada.
- ☐ **Transparencia:** Obliga a los colaboradores a rendir cuentas de sus acciones a los asegurados y a la sociedad, escuchando a los actores relevantes y dando respuesta rápida a las necesidades sociales. En esa perspectiva, la estrategia comunicacional de la institución se basará en la transparencia de sus procesos internos y resultados y en la comunicación oportuna y eficiente con los asegurados.
- ☐ **Compromiso.** Establece la obligación con los asegurados y con la sociedad peruana de recuperar su confianza en nuestra institución a través de la expansión de la cobertura y calidad de los servicios de acuerdo a sus necesidades, y de aportar a los objetivos de desarrollo del país en el marco de su responsabilidad social corporativa y en base a las políticas de seguridad y salud en el trabajo.
- ☐ **Excelencia.** Orienta a los colaboradores hacia la constante superación para brindar servicios con altos estándares de calidad y de forma eficiente a los asegurados, y aportar a una imagen positiva de la institución y contribuir a un buen gobierno corporativo de la seguridad social en salud.
- ☐ **Ayuda mutua.** Exige el trabajo por el bien común y la cooperación para garantizar el acceso y la protección a los asegurados en sus necesidades de salud y prestaciones económicas y sociales, de forma equitativa independientemente de su condición socioeconómica y capacidad contributiva, fortaleciendo la atención de los más vulnerables y en las regiones más distantes y carentes del país.

El presente plan se encuentra dentro del marco del Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS) que considera el **Cuidado de la Salud** como el *"Conjunto de prestaciones de salud enfocadas desde promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando a la persona en su realidad total: biológica, psicológica, espiritual, familiar, laboral y social"*, bajo los siguientes atributos del modelo: 1.Cuidado continuo, 2.Cuidado progresivo, 3.Cuidado estandarizado, 4. Eficiente y sostenible, 5.Participativo, 6.Humanizado y centrado en la persona.

28 NOV 2016

9.1.- Principios

- ☐ **Solidaridad.** Consiste en que cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad. Es válido para garantizar el aseguramiento universal mediante un sistema contributivo y otro subsidiado.
- ☐ **Universalidad.** Refiere a que todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.
- ☐ **Igualdad.** Implica que la seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas y prohíbe toda forma de discriminación.
- ☐ **Equidad,** es decir que todas las personas deben tener las mismas oportunidades para poder satisfacer sus necesidades. Un plan de beneficio que garantice a todos los asegurados de la institución la satisfacción de sus distintas necesidades de salud, sería la vía para garantizar una protección equitativa a todos.
- ☐ **Unidad.** Significa que todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- ☐ **Integralidad.** Consiste en que el sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas. Este principio se mantiene en el Plan Maestro al 2021 como parte intrínseca de la misión.
- ☐ **Autonomía.** Refiere a que la seguridad social de salud tiene autonomía administrativa, técnica y financiera, ya que sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes.



X. LINEAMIENTOS

La implementación del Plan y el cumplimiento de sus objetivos requieren el involucramiento de todos los Órganos Centrales, Órganos Desconcentrados, Prestadores Nacionales e IPRESS para así contribuir a:

- ☐ Promover la Salud Cardiovascular en los asegurados de ESSALUD.
- ☐ Fortalecer las acciones de prevención identificando el riesgo cardiovascular en los asegurados de ESSALUD.
- ☐ Mejorar los procesos de atención de diagnóstico oportuno y prevención de complicaciones.
- ☐ Desarrollar un Sistema de Información de Vigilancia en Salud Cardiovascular e impulsar la investigación en Salud Cardiovascular.

Lineamientos Sectoriales

El Ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N°229-2016/MINSA ha elaborado los siguientes lineamientos de políticas y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT) 2016 -2020:

Lineamiento 1: Liderazgo político sostenido del sector salud, a nivel nacional, para promover y articular una respuesta del gobierno a través de políticas públicas y alianzas con los otros sectores y niveles de gobierno, incluyendo el sector privado y la sociedad civil, para el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles.

Lineamiento 2: Incremento de factores protectores y reducción de los factores de riesgos comunes modificables de enfermedades no transmisibles para la población general, con énfasis en la primera infancia, adolescentes y población en riesgo.

Lineamiento 3: Sistema de Salud con capacidad de respuesta para garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de atención para los pacientes con daños y riesgos cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer con énfasis en el primer nivel de atención de la salud y la prevención primaria.

20 NOV 2016



Lineamiento 4: Seguimiento y evaluación de las políticas planes programas acciones y/o intervenciones de salud pública de prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Lineamiento 5: Vigilancia, investigación desarrollo e innovación para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Lineamiento 6: Fomento de la participación social y su empoderamiento en salud para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles

El Plan "**Cuidado de Salud Cardiovascular 2016 – 2021 en EsSalud**", contempla para cada objetivo establecido el desarrollo de acciones prioritarias para mejorar el cuidado estandarizado y progresivo de la salud cardiovascular, con la finalidad de impactar en la calidad y oportunidad de las prestaciones en salud cardiovascular a los asegurados.

A continuación se muestran las acciones programadas para cada uno de los objetivos específicos del presente plan:



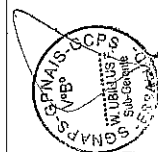
21 NOV 2016

XI. MATRIZ DE INDICADORES

OBJETIVO GENERAL: Establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover la Salud Cardiovascular en los asegurados de ESSALUD

ACCIONES	DENOMINACION DEL INDICADOR	Meta Anual						Meta al 2021	Unidad de Medida	Resultados esperados al 2021	Responsable	Medio de verificación
		2016	2017	2018	2019	2020	2021					
A1.1. Reunión Técnica de Gestión en Salud Cardiovascular a las Redes Asistenciales/ Redes Desconcentradas	Número de Reuniones Técnicas de Gestión	00	03	03	03	03	03	15	Reunión Técnica de Gestión	15 Reuniones Técnicas en Gestión en Redes Asistenciales y Redes Desconcentradas	GCPS/GCOP INCOR/Gerente/ Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRESS	Presupuesto de Iniciativa de Gestión
A1.2. Desarrollar y ejecutar actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) de salud cardiovascular (material educativo, talleres, danzas, entre otros)	Número de Redes Asistenciales y Desconcentradas que desarrollan Actividades de IEC en salud cardiovascular	00	06	16	18	26	32	32	Red Asistencial / Desconcentrada que desarrollan Actividades de IEC en salud cardiovascular	29 Redes Asistenciales y 03 Redes Desconcentradas / Asistenciales que ejecuten actividades de IEC.	GCPS/GCOP/ORI/ Gerente/Director de Red Asistencial/Desconcentrada Director de IPRESS	Plan Operativo Institucional anual de las Redes
A1.3. Difundir y sensibilizar sobre el cuidado de la salud cardiovascular, en espacios o medios de comunicación masiva y redes sociales a nivel nacional, regional o local dirigido a gestores, personal de salud y población asegurada.	Número de campañas comunicacionales ejecutadas	00	01	01	01	01	01	05	Campaña comunicacional	05 Campañas comunicacionales	GCPS/ORI/ Gerente/Director de Red Asistencial/Desconcentrada Director de IPRESS	POI ORI. Plan Comunicacional de las Redes.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016

CARLOS ALBERTO BAZÁN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1205-GG-ESSALUD-2015

OBJETIVO GENERAL: Establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer las acciones de prevención en Salud Cardiovascular

ACCIONES	NOMBRE DEL INDICADOR	Meta Anual						Meta al 2021	Unidad de Medida	Resultado	Responsable	Medio de verificación
		2016	2017	2018	2019	2020	2021					
A2-1. Fortalecimiento de competencias del equipo interdisciplinario responsable (EIR) de la IPRESS de primer nivel, en prevención e identificación del riesgo cardiovascular.	Porcentaje del personal del equipo interdisciplinario responsable (EIR) de la IPRESS de primer nivel capacitados en el cuidado de la salud cardiovascular	0%	20%	30%	50%	60%	80%	80%	Personal de salud capacitados	80% del equipo interdisciplinario responsable (EIR) de la IPRESS de primer nivel, capacitados en el cuidado de la salud cardiovascular.	GCGP/GCPS/GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada Director de IPRESS	Plan Operativo Institucional/Plan de capacitación de la Red Informes de capacitación Resultado de indicadores de impacto de capacitación
A2-2. Organizar e implementar los servicios para identificar el Riesgo cardiovascular según Directiva de HTA y DM en las IPRESS de primer nivel; ²²	Porcentaje de IPRES de I Nivel de atención que cuentan con Formato de Riesgo Cardiovascular en los Sistemas Informáticos Vigentes	0%	80%	82%	84%	90%	100%	100%	IPRES de I Nivel de atención que cuentan con Formato de Riesgo Cardiovascular en los Sistemas Informáticos Vigentes	100% de IPRES de I Nivel de atención que cuentan con Formato de Riesgo Cardiovascular en los Sistemas Informáticos Vigentes	GCTIC/GCPS Gerente/ Director de Red Asistencial / Desconcentrada / Director de IPRESS	Informe de supervisión Informes del Director/ Gerente de Red
A2.3.- Identificación de asegurados según nivel de riesgo cardiovascular.	Porcentaje de asegurados que son evaluados según riesgo cardiovascular.	0%	15%	30%	32%	60%	80%	80%	Asegurados que son evaluados según riesgo cardiovascular	80% de asegurados que son evaluados según riesgo cardiovascular	GCPs/GCOP/Gerente/ Director de Red Asistencial / Desconcentrada / Director de IPRESS	Informes del Sistema Informático Vigente de ESSALUD/ Informe de Director de IPRESS
A2.4. Evaluar el avance del Programa de Reforma de Vida	% de pacientes con síndrome metabólico pre mórbidos controlados	10%	25%	30%	30%	35%	35%	35%	Pacientes con síndrome metabólico pre mórbidos controlados	35% Pacientes con síndrome metabólico pre mórbidos controlados del total de pacientes intervenidos en el Programa de Reforma de Vida.	GCOP/Gerente/ Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de supervisión/ Plan de Reforma de Vida
A2.5 Evaluar el cumplimiento del Plan de Salud Renal .	Número de Redes Asistenciales y Desconcentradas implementan la norma	02	08	14	18	24	32	32	Red Asistencial / Desconcentrada	29 Redes Asistenciales/ 03 Desconcentradas que cumplen indicadores de la norma.	GCOP Gerente/ Director de Red Asistencial / Desconcentrada / Director de IPRESS	Informe de supervisión Informes del Director/ Gerente de Red




COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

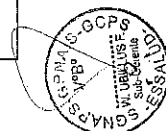
20 MAY 2016

CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

OBJETIVO GENERAL: Establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada										
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Mejorar los procesos de atención de diagnóstico oportuno y prevención de complicaciones										
ACCIONES	NOMBRE DEL INDICADOR	Meta al					Unidad de Medida	Resultado	Responsable	Medio de verificación
		2016	2017	2018	2019	2020				
A3-1. Implementar la Directiva de Cuidado Integral del Asegurado con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención.	Porcentaje de Redes que cumplen indicadores de la norma	0%	25%	30%	40%	60%	Red Desconcentrada / Asistencial	80% Redes con IPRESS del primer nivel con cumplimiento de las metas de los indicadores de la Directiva de Diabetes Mellitus	GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de Director/ Gerente de Red
A3-2. Implementar la Directiva de Cuidado Integral del paciente con Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención.	Porcentaje de Redes que cumplen indicadores de la norma	0%	25%	30%	40%	60%	Red Desconcentrada / Asistencial	80% Redes con IPRESS del primer nivel con cumplimiento de las metas de los indicadores de la Directiva de Hipertensión Arterial	GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de Director/ Gerente de Red
A3-3. Mejorar la oferta de los Servicios de la Salud Cardiovascular mediante creación de estrategias de gestión eficaces.	Número de Redes Asistenciales y Desconcentradas con estrategias de gestión eficaces que mejoran el acceso a los servicios de Salud cardiovascular	00	10	16	24	28	Red Desconcentrada / Asistencial	26 Redes Asistenciales/ 03 Desconcentradas /03 Hospitales Nacionales/ INCOR con estrategias de gestión eficaces que mejoran el acceso a los servicios de Salud cardiovascular.	Gerente/ Director de Red Asistencial/Desconcentrada/GCPS/ GCPI / GCOP/ GCOP	Informe de Director/ Gerente de Red / Presentación de Informe en Reunión de Gestión
A3-4. Fortalecer las competencias en salud cardiovascular (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cardiopatía congénita etc.) del personal que trata pacientes con salud cardiovascular en los tres niveles de atención	Porcentaje de personal que trata pacientes en salud cardiovascular capacitados en los tres niveles de atención	0%	10%	50%	60%	70%	Porcentaje de personal que trata pacientes en salud cardiovascular capacitados en los tres niveles de atención	80% del personal de salud capacitado en el cuidado de la salud cardiovascular en los tres niveles de atención	GCOP/GCPS/GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada Director de IPRESS	Plan Operativo Institucional/Plan de capacitación de la Red Informes de capacitación Resultado de indicadores de impacto de capacitación
A3-5. Aplicación de estrategias y servicios en la salud cardiovascular desarrollados por CENATE	Cumplimiento de Estrategias de implementación de Telesalud del CENATE	0%	10%	20%	30%	60%	Cobertura en telesalud y telemedicina	80% de cumplimiento de la estrategia de implementación de Telesalud	CENATE/GCO/Redes Asistenciales/Redes Desconcentradas/ Director de IPRESS	Despliegue de servicios CENATE



A3.6. Formular e Implantar: -Directiva de Cardiopatía isquémica -Directiva de enfermedad cerebro vascular -Directiva de cardiopatía congénita -Actualización de Cartera de Servicios en salud Cardiovascular por niveles de atención.	Documento implantado	00	01	01	01	01	01	01	00	04	Directiva formulada	04 Documentos técnicos en salud cardiovascular implantado en las 29 Redes Asistenciales y 03 Redes Desconcentradas /03 Hospitales Nacionales /INCOR/CNSR	GCPS	Resolución que aprueba la directiva Informe de implantación
A3.7. Implementar la Norma en Cardiopatía isquémica.	Numero de Redes que cumplen indicadores de la Norma.	00	08	16	20	26	33	33	33	33	Red Desconcentrad a / Asistencial/ Hospital Nacional/ INCOR	26 Redes Asistenciales/ 03 Desconcentradas /03 Hospitales Nacionales/ INCOR que cumplen indicadores de la norma	GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de supervisión Informe de Director/ Gerente de Red
A3.8. Implementar la Norma en enfermedad cerebro vascular	Numero de Redes que cumplen indicadores de la Norma.	00	08	16	20	26	33	33	33	33	Red Desconcentrad a / Asistencial/Ho spital Nacional/INCO R	26 Redes Asistenciales/ 03 Desconcentradas /03 Hospitales Nacionales/ INCOR que cumplen indicadores de la norma	GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de supervisión Informe de Director/ Gerente de Red
A3.9. Implementar la Norma de cardiopatía congénita.	Numero de Redes que cumplen indicadores de la Norma.	00	08	16	20	26	33	33	33	33	Red Desconcentrad a / Asistencial/Ho spital Nacional/INCO R	26 Redes Asistenciales/ 03 Desconcentradas /03 Hospitales Nacionales/ INCOR que cumplen indicadores de la norma	GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de supervisión Informe de Director/ Gerente de Red
A3.10. Implementar la Norma en Actualización de Cartera de Servicios en salud Cardiovascular por niveles de atención.	Numero de Redes que cumplen indicadores de la Norma.	00	08	16	20	26	33	33	33	33	Red Desconcentrad a / Asistencial/Ho spital Nacional/INCO R	26 Redes Asistenciales/ 03 Desconcentradas /03 Hospitales Nacionales/ INCOR que cumplen indicadores de la norma	GCOP Gerente/Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRES	Informe de supervisión Informe de Director/ Gerente de Red



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

29 MAY 2010
CARLOS ALBERTO BAZAÑÁN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2010

OBJETIVO GENERAL: Establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada										
OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Desarrollar el Sistema de información de vigilancia en Salud Cardiovascular e impulsar la investigación en Salud Cardiovascular										
ACCIONES	NOMBRE DEL INDICADOR	Meta al 2021					Unidad de Medida	Resultado	Responsable	Medio de verificación
		2017	2018	2019	2020	2021				
A4.1. Actualizar las variables del Sistema Estadístico de Salud (SES) en Salud cardiovascular	Sistema Estadístico de Salud incluye la información de Salud	01	00	00	00	00	Sistema Estadístico de Salud (SES)	SES reporta las actividades en Salud Cardiovascular	GCPS/GCTIC/GCPD	Sistema de Información funcionando
A4.2. Diseño del Sistema de Información para vigilancia en Salud Cardiovascular	Subsistema de información en salud cardiovascular implantado	01	00	00	00	00	Sub Sistema propuesto	Sistema Propuesto	GCPS/OIIS/GCTIC	Informe OIIS
A4.3 Realizar investigaciones relacionadas a Salud cardiovascular: • Estudios de adherencia en tratamiento de hipertensión arterial • Impacto de Programas en Hipertensión Arterial	Número de protocolos de investigación	01	00	01	01	01	Protocolo de investigación aprobado	04 Protocolos de investigaciones elaboradas y aprobadas en Salud Cardiovascular	GCPS/ IETSI Gerente/ Director de Red Asistencial/ Desconcentrada/ Director de IPRESS.	Protocolo aprobado



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

22 NOV 2018
CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1205-GG-ESSALUD-2018

XII. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Gerencia Central de Operaciones a través de la Gerencia de Asignación de Recursos Financieros de Prestaciones de Salud es responsable de establecer los criterios y mecanismos para la priorización y asignación de financiamiento de las prestaciones de salud en las Redes Asistenciales, Gerencias de Redes Desconcentradas, Gerencias de Hospitales Nacionales según las metas y el presupuesto programado del año 2016 al 2021, elaborado en función a los techos presupuestales establecidos por la Gerencia Central de Gestión Financiera.

El Gerente o Director de cada Red Desconcentrada / Red Asistencial realiza las acciones correspondientes a lo dispuesto en el presente plan incorporando las metas programadas en el Plan Operativo Institucional, presupuesto a cada órgano desconcentrado y monitorea el cumplimiento en las IPRESS a su cargo priorizando las actividades de acuerdo a la disponibilidad de recursos, según en nivel de atención y complejidad.

La evaluación del Plan es de acuerdo a las líneas estratégicas de intervención, los indicadores, metas establecidas y resultados obtenidos. (Anexo N° 01)

El monitoreo del Plan se hará en base a la naturaleza de cada componente, evaluando el avance en los indicadores, de acuerdo al período de tiempo y metas establecidas en todas las líneas de intervención estratégica.

La evaluación de las Redes Asistenciales/ Gerencia de Redes Asistenciales y Hospitales Nacionales, es trimestral, semestral y anual. La Gerencia Central de Operaciones, Gerencia Central de Prestaciones de Salud realizan la evaluación con participación de las Gerencias de Línea en el marco de sus funciones, teniendo en cuenta los indicadores de Acuerdos de Gestión y las metas establecidas para cada Red Asistencial o Desconcentrada.

La Gerencia o Dirección de Red Desconcentrada / Asistencial y de Hospital Nacional presenta los resultados del Plan a la Gerencia Central de Operaciones, considerando el avance de metas y resultados esperados, presentando los procesos de mejora y medidas correctivas correspondientes para alcanzar los objetivos propuestos.

La Gerencia o Dirección de Red Desconcentrada / Asistencial y de Hospital Nacional pueden definir resultados intermedios que permitan una autoevaluación propia de forma objetiva.

XIII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El Plan "Cuidado de Salud Cardiovascular en EsSalud 2016-2021" debe estar incluido en el Plan Operativo Institucional y contar con un financiamiento anual con metas presupuestales para cada año fiscal precisando las tareas a cumplir, así como la oportunidad de su ejecución a nivel de cada dependencia orgánica.

Las acciones en el marco del presente Plan, se financian con cargo al fondo financiero asignado en la Redes Asistenciales/Desconcentradas y los órganos o dependencias centrales, siendo el Fondo Financiero N°003064 el asignado a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud para la iniciativa de gestión del citado Plan.



El financiamiento para la implementación del Plan durante el periodo 2016-2021, es de manera progresiva, considerando las actividades descritas en cada línea estratégica de acuerdo a los objetivos y metas establecidas, garantizando la sostenibilidad de las mismas.

XIV. LISTA DE ACRÓNIMOS

APP	Asociación Pública Privada
AVD	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludable.
AVP	Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura.
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
CENATE	Centro Nacional de Telemedicina
CEDHI	Centro de Atención Integral en Diabetes e Hipertensión Arterial
DM	Diabetes Mellitus
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos para el Desarrollo Sostenible.
ECV	Enfermedad Cardiovascular
ENT	Enfermedades No transmisibles
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FAP	Fuerza Aérea Peruana
FR	Factor de Riesgo
DGE	Dirección General de Epidemiología
HTA	Hipertensión arterial
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
GCPS	Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
GDP	Gerencia de Planeamiento y Desarrollo.
IEC	Información, Educación y Comunicación.
IAM	Infarto agudo de miocardio
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud.
MINSA	Ministerio de Salud.
MOCEPS	Modelo de Cuidado Continuo, Estandarizado y Progresivo de la Salud
OIIS	Oficina de Inteligencia Sanitaria de ESSALUD
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PERUDIAB	Estudio Nacional de Diabetes liderado por la UPCH
RENDES	Registro Nacional de Diálisis
RCV	Riesgo Cardiovascular
SECCOR	Secretaría de Coordinación del Concejo Nacional de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SES	Sistema de Estadísticas de Salud.
SUNAFIL	Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral
SNCV	Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular
VISARE	Vigilancia en Salud Renal



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

20 NOV 2016
CARLOS ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES: N° 1205-GG-ESSALUD-2016

XV. GLOSARIO DE TERMINOS

1. **ATEROSCLEROSIS.** -Es una enfermedad de las arterias en la cual el material graso se deposita en la pared de estos vasos sanguíneos y ocasiona un deterioro progresivo y una reducción del flujo sanguíneo. Esta restricción del flujo sanguíneo desde las arterias hasta el músculo cardíaco conduce a síntomas como dolor torácico. Los síntomas de la aterosclerosis no se manifiestan hasta que se produce una complicación.
2. **AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS.** - Constituye una medida de la magnitud del daño que producen las enfermedades o lesiones. Su cálculo requiere de los siguientes parámetros: Duración del tiempo perdido como consecuencia de la muerte prematura, el valor social del tiempo dividido a diferentes edades, la preferencia de tiempo y la medición de resultados no fatales.
3. **CARDIOPATIA ISQUEMICA.** -Encierra un conjunto de trastornos íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca. La isquemia es debida a una obstrucción del riego arterial al músculo cardíaco y causa, además de hipoxemia, un déficit de sustratos necesarios para la producción de ATP y un acúmulo anormal de productos de desecho del metabolismo celular.
4. **CARGA DE ENFERMEDAD.** -Es la medida de la pérdida de salud que para una población representan las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades y lesiones, esta depende de su frecuencia, de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine.
5. **CUIDADO INTEGRAL DE SALUD CARDIOVASCULAR.** -Constituye una atención integral de todo el macro proceso de salud y enfermedad.
6. **ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.** - Es el conjunto de afecciones cardíacas y condicionantes metabólicos que afectan el sistema cardíaco.
7. **ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE.** -Constituyen todas las enfermedades Crónicas No transmisibles que se generan por inadecuados estilos de vida saludables.
8. **FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR.-** Constituyen los factores de riesgo que predisponen un evento cardiovascular como son: Sexo masculino, Edad (varones ≥ 55 años; mujeres ≥ 65 años)Tabaquismo (al menos un cigarrillo el último mes), Dislipidemias: Hiperglucemia en ayunas de 100-125 mg/dl, Intolerancia a la glucosa ≥ 140 mg/dl y < 200 mg/dl, Diabetes Mellitus, Obesidad abdominal ≥ 90 cm en varones y ≥ 80 cm, Sobrepeso (IMC 25-29.9 Kg/m²).Obesidad abdominal (perímetro abdominal: varones, ≥ 102 cm; mujeres ≥ 88 cm).Historia familiar en primer grado de enfermedad coronaria prematura o equivalente (varones, < 55 años; mujeres, < 65 años) y Síndrome Metabólico.



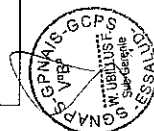
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

XVI. ANEXO

ANEXO 1: MATRIZ DE SUPERVISION

ACCIONES	FORMA DE EVALUACION DE LA ACCION A SUPERVISAR	Meta Anual					Meta al 2021
		2016	2017	2018	2019	2020	
OBJETIVO GENERAL: Establecer las líneas de acción y actividades que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar el cuidado de salud cardiovascular en la población asegurada							
OBJETIVO ESPECIFICO 1: Promover la Salud Cardiovascular en los asegurados de ESSALUD							
A1.1. Reunión Técnica de Gestión en Salud Cardiovascular a las Redes Asistenciales/ Redes Desconcentradas	Número de Reuniones Técnicas realizadas.	00	03	03	03	03	15
OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer las acciones de prevención en Salud Cardiovascular							
A2-1. Fortalecimiento de competencias del equipo interdisciplinario responsable (EIR) de la IPRESS de primer nivel, en prevención e identificación del riesgo cardiovascular.	N° de personas del EIR de las IPRESS del primer nivel capacitados en prevención e identificación de riesgo cardiovascular / N° Total del personal perteneciente al EIR de las IPRESS de primer nivel x 100	0%	20%	30%	50%	60%	80%
A2.3.- Identificación de asegurados según nivel de riesgo cardiovascular.	N° de pacientes con HTA y DM que presentan riesgo cardiovascular / N° Total de pacientes HTA y DM x 100	0%	15%	30%	32%	60%	80%
A2-4. Evaluar el avance del Programa de Reforma de Vida	N° de trabajadores asegurados controlados de empresas adscritas al programa de reforma de vida / N° total de trabajadores asegurados intervenidos adscritos al plan de reforma de vida x 100	10%	25%	30%	30%	35%	35%
A2-5 Evaluar el cumplimiento del Plan de Salud Renal	N° de redes asistenciales – desconcentradas que realizan las acciones del plan de salud renal	02	08	14	18	24	32
OBJETIVO ESPECIFICO 3: Mejorar los procesos de atención de diagnóstico oportuno y prevención de complicaciones							
A3-1. Implementar la Directiva de Cuidado Integral del Asegurado con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención.	N° de IPRESS que implementan la Directiva de Cuidado Integral del Asegurado con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención / N° Total de IPRESS x100	0%	25%	30%	40%	60%	80%

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud



CARLOS ALBERTO BAZÁN GUTIERREZ
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 1206-GG-ESSALUD-2016

A3-2. Implementar la Directiva de Cuidado Integral del paciente con Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención.	N° de IPRESS que implementan la Directiva de Cuidado Integral del paciente con Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención / N° Total de IPRESS x 100	0%	25%	30%	40%	60%	80%	80%
A3-3. Mejorar la oferta de los Servicios de Salud cardiovascular mediante estrategias de gestión eficaces de intervención	N° de redes asistenciales – desconcentradas que realizan estrategias de gestión eficaces de intervención	00	10	16	24	28	33	33
A3-4. Fortalecer las de competencias en salud cardiovascular (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cardiopatía congénita etc.) del personal que trata pacientes en salud cardiovascular en los tres niveles de atención	N° de personal Asistencial de la IPRESS capacitado en cuidado cardiovascular según avance científico / N° Total del personal asistencial que trata pacientes con problemas en salud cardiovascular en la IPRESS x 100	0%	10%	50%	60%	70%	80%	80%
OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Desarrollar el Sistema de Información de Vigilancia en Salud Cardiovascular e impulsar la investigación en Salud Cardiovascular								
A4-3. Realizar investigaciones relacionadas a Salud cardiovascular: • Estudios de adherencia en • Tratamiento de hipertensión arterial • Impacto de Programas en Hipertensión Arterial	Número de protocolos de investigación aprobados.	00	01	00	01	01	01	04



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

23 MAY 2016
ALBERTO BAZAN GUTIERREZ
FELICIANO SUPLLENTE
C.I.S. N° 1206-GG-ESSALUD-2016