



MEMORIA ANUAL AÑO 2012

INDICE

Presentación	1
Breve Reseña Histórica	2
Visión y Misión	5
Estructura Orgánica	6
Principales Actividades	10
Logros obtenidos y dificultades presentadas	11
Análisis de la ejecución del presupuesto de ingresos, gastos e inversión	74

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo y ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

El Ministerio de Salud, a través de sus órganos, dependencias y demás instituciones, desarrolla un conjunto de procesos organizacionales, que comprenden:

1. Promoción de la Salud
2. Salud Ambiental
3. Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
4. Control de Medicamentos, Insumos y Drogas
5. Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres
6. Seguro Integral de Salud
7. Planeamiento
8. Organización
9. Información para la Salud
10. Desarrollo Informático
11. Inversión en Salud
12. Financiamiento
13. Desarrollo de Recursos Humanos
14. Logístico Integrado

La Memoria Anual muestra los logros y avances obtenidos en el año 2012 en el marco de las Políticas de Salud que la actual gestión viene impulsando: Atención primaria y mejora de acceso a servicios de salud; los Recursos humanos calificados y asignados con equidad; el Acceso a servicios especializados; el Financiamiento de la salud; y la Rectoría del Ministerio, en beneficio de la mejora de la salud de la población del país. Asimismo, se incluye las dificultades presentadas durante el periodo.

Breve Reseña Histórica

Las actividades gubernamentales destinadas a preservar la salud de la población se inician en la época de la Colonia con la institución del Real Tribunal del Protomedicato en 1568, por Cédula expedida por Felipe II. El tribunal tenía por finalidad garantizar el correcto ejercicio de la medicina, el funcionamiento de boticas, combatir el empirismo, clasificar plantas y hierbas medicinales, escribir la historia natural del Perú y absolver consultas del Gobierno sobre el clima, enfermedades existentes, higiene y salud pública en general. El insigne médico y prócer de la independencia, don Hipólito Unánue, fue el último protomédico de la Colonia.

Bajo el nombre de Protomedicato General del Estado, esta institución se conservó al nacer la República, llegando a tener 22 Presidentes, el último de los cuales fue el ilustre médico Cayetano Heredia. En 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población. Seis años después, durante el gobierno de Andrés Avelino Cáceres, se pone en vigencia el Reglamento General de Sanidad que normaba las actividades de las Juntas Supremas Departamentales y Provinciales de Sanidad en lo concerniente a saneamiento ambiental, sanidad internacional, control de enfermedades transmisibles y ejercicio profesional.

Las Juntas de Sanidad constituyeron el primer intento de administración descentralizada y su reglamento, el esbozo de un Código Sanitario.

En 1892, se encarga a los Gobiernos Locales lo concerniente al saneamiento ambiental y en 1898 se establece la obligatoriedad de la vacunación antivariólica, hecho que origina posteriormente la creación del Instituto Nacional de Salud, dedicado a la producción de biológicos. En 1903, a raíz de un brote de peste bubónica, el gobierno determina la creación de la Dirección de Salubridad Pública, dependiente del entonces Ministerio de Fomento.

La preocupación y obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, posición que es ratificada en las posteriores Cartas Magnas. Las crecientes y complejas responsabilidades de la Dirección de Salubridad hacen necesario que el Gobierno la independice y cree sobre esa base un nuevo Ministerio.

El 05 de Octubre de 1935, al conmemorarse el 50 Aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana "Daniel A. Carrión", fue promulgado el D.L. 8124 que crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En el nuevo portafolio se integraron la antigua Dirección de Salubridad Pública, las Secciones de Trabajo y Previsión Social, así como la de Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento; confiriéndosele además las atribuciones del Departamento de Beneficencia del Ministerio de Justicia.

El primer titular de Salud fue el Dr. Armando Montes de Peralta. En su trayectoria histórica el Ministerio de Salud ha tenido que adaptarse a los cambios y necesidades de la sociedad, modificando su organización y en dos oportunidades su denominación. Es así que, en 1942, adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en 1968, la denominación que mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud.

La historia del Ministerio de Salud registra hechos importantes dignos de ser destacados. En Agosto de 1994, el Perú recibe la certificación internacional de la interrupción de la circulación del virus salvaje de la polio, al transcurrir tres años del último caso de polio en el país y en las Américas. El mantener coberturas de vacunación por encima del 90% a partir de 1995, el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud del Programa de Control de TBC del Perú como uno de los mejores del mundo y modelo para las Américas; el avance exitoso en el cumplimiento de la meta intermedia de iodización universal de la sal, constituyen méritos destacables.

Con Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud se crea el actual ministerio como un órgano del Poder Ejecutivo, ente rector del sector salud, que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable.

La presente década, será protagonista de hechos que se escribirán en la historia sanitaria del país, con los cuales se garantizará la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo de un Ministerio comprometido con la salud de la población.

Base Legal

Ley N° 8124 – Ley de Creación del Ministerio de Salud

Ley N° 26842 – Ley General de Salud

Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud

Decreto Supremo N° 013-2002-SA y modificatoria – Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud

Decreto Supremo N° 023-2005-SA y modificatorias – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Visión

“Salud para todas y todos”

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.

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

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

Misión

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

Estructura Orgánica

A. MINISTERIO DE SALUD

1. ALTA DIRECCIÓN

Despacho Ministerial
Despacho Viceministerial
Secretaría General
Defensoría de la Salud y Transparencia
Oficina de Descentralización

2. ÓRGANO CONSULTIVO

Consejo Nacional de Salud
Secretaría de Coordinación

3. ÓRGANO DE CONTROL

Órgano de Control Institucional
Oficina de Control de Normatividad Técnica en Salud
Oficina de Control Administrativo y Financiero

4. ÓRGANO DE DEFENSA JUDICIAL

Procuraduría Pública

5. ÓRGANOS DE ASESORÍA

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Oficina de Planeamiento y Gestión Institucional
Oficina de Organización
Oficina de Presupuesto
Oficina de Proyectos de Inversión

Oficina General de Cooperación Internacional

Oficina General de Asesoría Jurídica

Oficina General de Defensa Nacional

6. ÓRGANOS DE APOYO

Oficina General de Administración
Oficina de Economía
Oficina de Logística

Oficina General de Estadística e Informática
Oficina de Desarrollo Tecnológico
Oficina de Informática y Telecomunicaciones
Oficina de Estadística

Oficina General de Comunicaciones
Oficina de Prensa y Relaciones Públicas
Oficina de Comunicación Social

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

7. ÓRGANOS DE LINEA

Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Atención Integral de la Salud.
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Calidad en Salud
Dirección de Gestión Sanitaria
Dirección de Salud Mental
Organización Nacional de Donación y Trasplantes

Dirección General de Salud Ambiental
Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis
Dirección de Ecología y Protección del Ambiente
Dirección de Saneamiento Básico
Dirección de Salud Ocupacional

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
Dirección de Autorizaciones Sanitarias
Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria
Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos

Dirección General de Epidemiología
Dirección de Vigilancia Epidemiológica
Dirección de Inteligencia Sanitaria

Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección de Participación Comunitaria en Salud
Dirección de Educación para la Salud
Dirección de Promoción de Vida Sana

Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento
Dirección de Infraestructura
Dirección de Equipamiento
Dirección de Mantenimiento

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Dirección de Gestión de Capacidades en Salud
Dirección de Gestión del Trabajo en Salud

B. ORGANOS DESCONCENTRADOS

1. Direcciones de Salud

Dirección de Salud II Lima Sur

Dirección de Salud IV Lima Este

Dirección de Salud V Lima Ciudad

Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud

2. Institutos Especializados

Instituto Nacional de Salud del Niño

Instituto Nacional de Salud Mental

Instituto Nacional de Rehabilitación

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

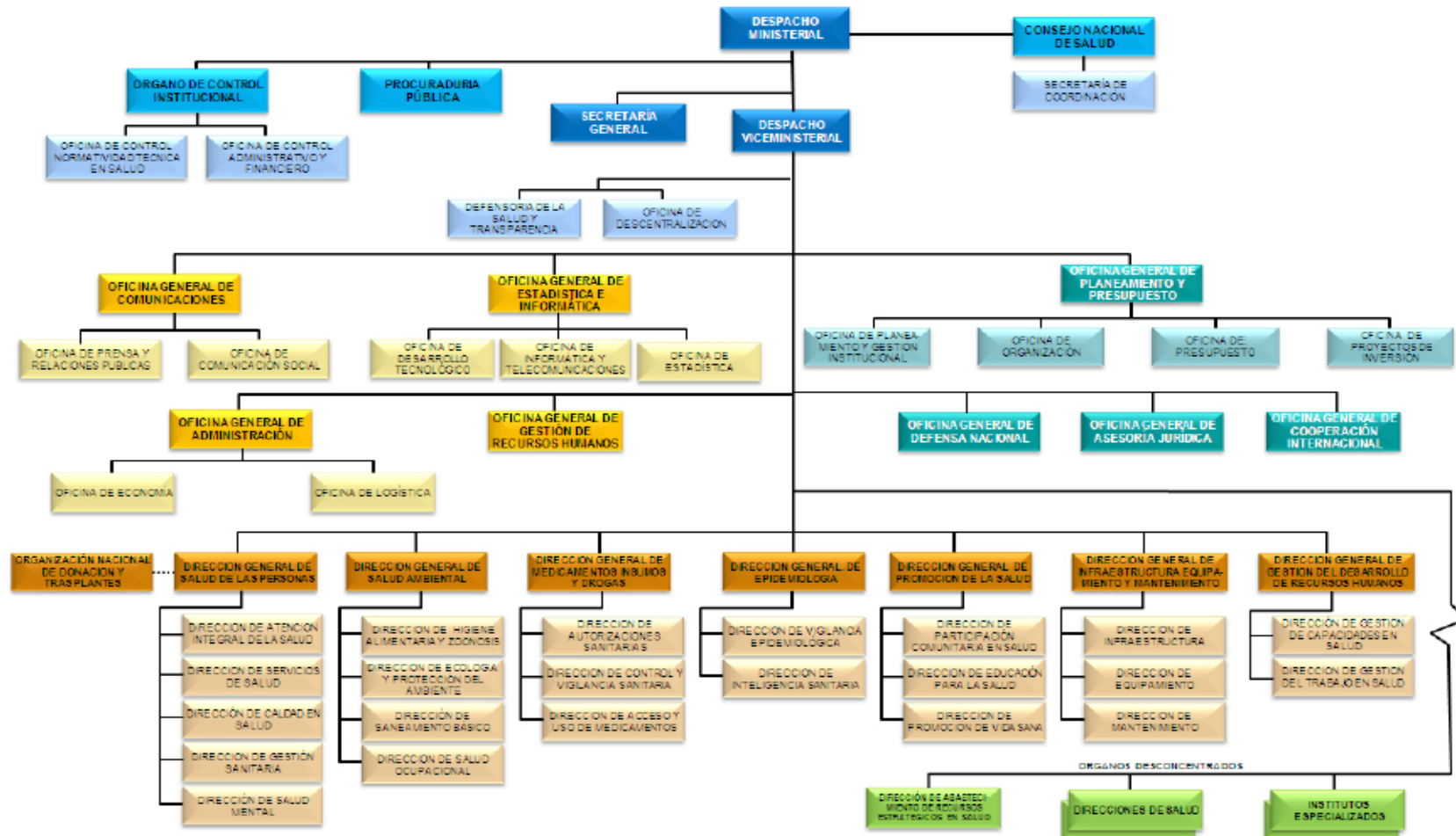
Instituto Nacional de Oftalmología

Instituto Nacional Materno Perinatal

NOTA: En la actualidad existen los Organismos Públicos, entidades desconcentradas del Poder Ejecutivo tales como el INEN, INS, SIS, SUNASA, que de acuerdo a la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, están adscritas al Ministerio de Salud (excepto el INEN), pero que no forman parte de la Estructura Orgánica de éste.

La estructura orgánica del Ministerio de Salud está configurada por sus unidades orgánicas hasta el tercer nivel organizacional, los mismos que son creados para lograr los objetivos funcionales de los procesos y subprocesos, establecidos en el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005 del 1ro de enero de 2006, vigente a la fecha.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL MINISTERIO DE SALUD



Principales Actividades

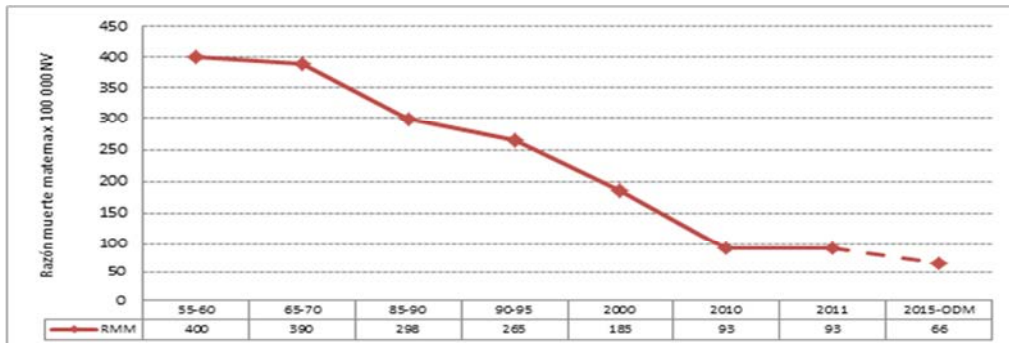
El Ministerio de Salud para cumplir la visión, misión y objetivos estratégicos establecidos en el Reglamento de la Ley N° 27657, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes, con los que se debe lograr:

- La conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud.
- El establecimiento de los objetivos, metas y estrategias de corto, mediano y largo plazo.
- La organización del Sector y Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- El establecimiento de las normas y los modelos organizacionales para la implementación de los objetivos estratégicos institucionales.
- El desarrollo e integración de procesos y sistemas de información sectoriales, para la integración de los flujos de información de los procesos y sistemas organizacionales y la provisión de información oportuna y confiable, para la toma de decisiones por las autoridades y usuarios del Sector Salud.
- La creación de una cultura de salud sustentada en la familia como unidad básica de salud y la adquisición de capacidades y desarrollo de actitudes en las personas, para su desarrollo físico, mental y social y para la construcción de entornos saludables por la persona, la familia y la comunidad.
- La creación del entorno saludable para el desarrollo de toda la población.
- La prevención de riesgos y daños, la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación y/o mejoramiento de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad.
- El desarrollo de capacidades suficientes para proteger, recuperar y mantener la salud de las personas y poblaciones, que sean afectadas por situaciones de emergencia, desastres y/o epidemias.
- La promoción del uso racional y acceso y el control del suministro, calidad, seguridad y eficacia, de los insumos, medicamentos y drogas.
- El aseguramiento financiero de la salud pública y salud integral de todas las personas.
- El desarrollo de las capacidades en las entidades y recursos humanos para incrementar la investigación, prestación de servicios y producción de bienes para la salud.
- La inversión y financiamiento para lograr los objetivos y metas institucionales.
- La formación, especialización, asignación, desarrollo y supervisión de la calidad de los recursos humanos para la salud.
- El soporte logístico de bienes, servicios e infraestructura a las unidades orgánicas del Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados.

LOGROS OBTENIDOS Y DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL PERIODO

MORTALIDAD MATERNA

En el Perú, la evolución de la Razón de Mortalidad Materna ha ido en descenso desde la estimación de 298 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, para el periodo comprendido 1985 – 1990 a 93 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el año 2011, como se muestra en la figura.



FUENTE: ENDES 2010, 2011



En el grafico se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales).

FUENTE: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA (*) Hasta la SE 52.

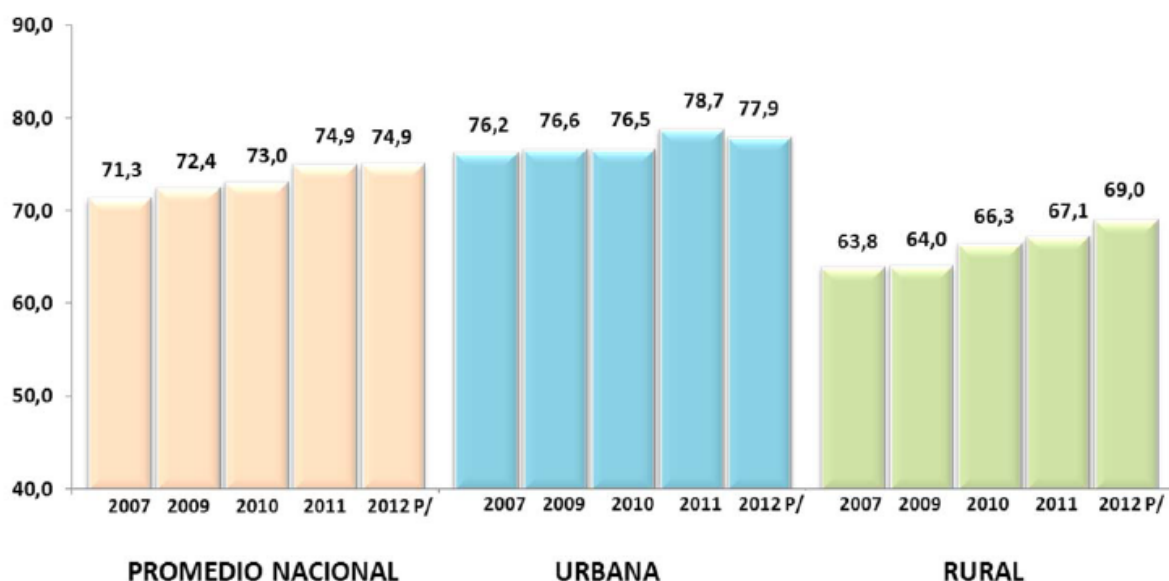
Durante el año 2012, se han reportado 428 muertes maternas, lo que muestra una disminución en la relación al año anterior, resultado de las siguientes estrategias: atención prenatal reenforcada, parto institucional y acceso a métodos anticonceptivos

CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

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

Las estimaciones en el año 2012 revelan una consolidación de la proporción de mujeres gestantes, a nivel país, que en su último nacimiento recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo (74.9%), tanto en el área urbana (77.9%) como en el área rural (69.0%). En el área rural, dicha proporción muestra un incremento de cerca de dos puntos porcentuales respecto al año 2011 (de 67.1% a 69.0%).

PERÚ: PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA RECIBIÓ SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012.

Según los reportes de ENDES por región natural, entre los años 2011 y 2012, la Selva registra un incremento mayor en la proporción de mujeres gestantes que recibieron su primer control prenatal, en el primer trimestre, con 4,6 puntos porcentuales (de 67,3% a 71,9%), seguido de la Sierra con un incremento de 2,2 puntos porcentuales (68,3% a 70,5%), este incremento se debe a que la intervenciones realizadas por la Estrategia

Sanitaria estuvieron priorizadas en el primer nivel de atención. Sin embargo en la Costa, dicha proporción disminuye en 2,7 puntos porcentuales (de 81,9% a 79,2%).

PERÚ: PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE EN ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA RECIBIÓ SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN, SEGÚN REGIÓN NATURAL

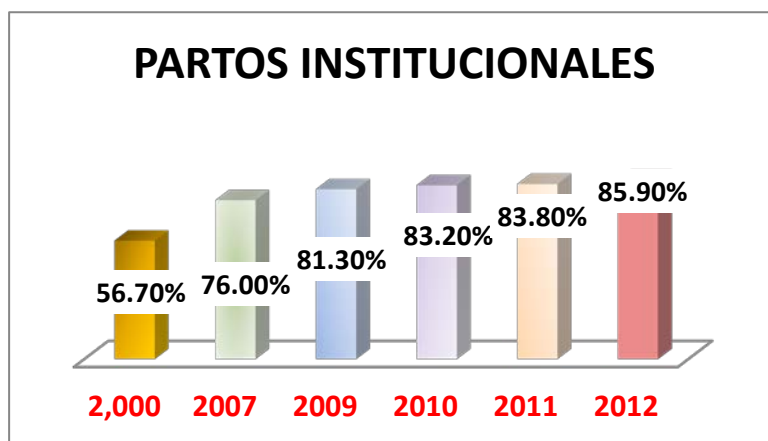


PARTO INSTITUCIONAL

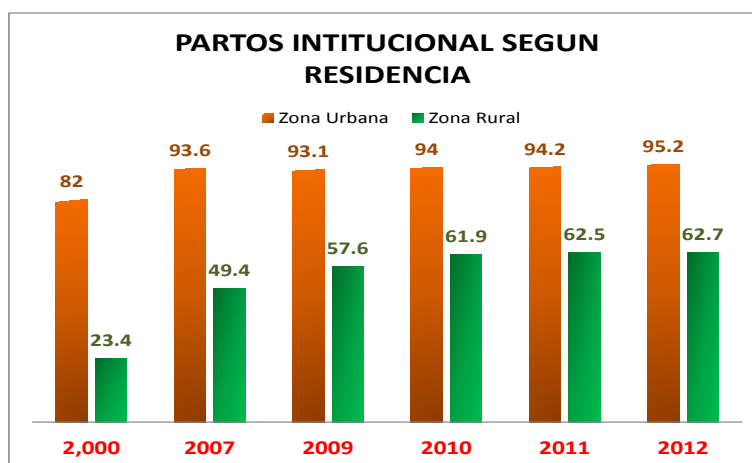
Se denomina parto institucional a aquel parto atendido dentro del servicio de salud y que está a cargo de personal de salud. Se estima que en un parto con servicio de salud hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido, en comparación con el nacimiento que ocurre en el domicilio. A nivel internacional, se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio.

La proporción de parto institucional se ha incrementado de un 56,7% en el año 2000 a 85,90% Año 2012 (ENDES 2012).

La ESNSR ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de los servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, reconociendo que es imprescindible garantizar el respeto por sus culturas, como requisito indispensable para brindar un servicio de calidad.



El indicador de parto institucional con énfasis en zona rural se superó de 23,8% en el año 2000 a 62,7% para el año 2012 (ENDES 2012).



ACCESO DE LA POBLACION A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

En relación a los métodos de Planificación Familiar se ha cumplido con la meta programada para el 2012 de 1'000,000.00 parejas protegidas, lográndose alcanzar a diciembre del 2012 más del 100% con 1'138,306.00 parejas protegidas.

IMPLEMENTACION DE CASAS DE ESPERA POR AÑO

IMPLEMENTACION DE CASAS DE ESPERA POR AÑO						
Casas de Espera	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	367	403	465	475	501	503

El año 2012, se inauguraron dos casas de espera: 01 en la provincia de Tupicocha-DIRESA Lima Región y 01 en la ciudad de Huamanga- Ayacucho-DIRESA Ayacucho.

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- Aprobación de la Directiva Sanitaria Evaluación de la Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales V.2. RM N° 853-2012/MINSA, 24 de octubre del 2012.
- *Para fortalecer la prevención de la mortalidad materna y perinatal*, manejo de las emergencias obstétricas, Planificación Familiar, prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis, embarazo en adolescente, se brindaron 38 visitas de asistencia técnica a las regiones de: Ancash, Ayacucho, San Martín, Cajamarca, Huánuco, Moquegua, Tumbes, Cusco, Huancavelica, Ica, Lima-Cañete, Puno, Tacna, Ica, Piura, Arequipa, Ayacucho, Junín, Callao, Abancay, Loreto, Amazonas, Andahuaylas, La Libertad, Puno y Arequipa, Tumbes, Ica, Callao, Junín, San Martín, Puno, La Libertad, Tacna, Tarapoto, Moquegua, Ancash-Huaraz y Lambayeque.
- 132 personal de salud de las Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud, Gerencias Regionales de Salud y Hospitales de Lima, capacitados en Sistemas de Información, HIS con el objetivo de mejorar las competencias del personal para el manejo eficiente y efectivo del Sistema Informático en el marco de Presupuesto por Resultados, mediante 03 talleres macroregionales.
- 560 profesionales del nivel regional y Lima Metropolitana capacitados para la Implementación de los nuevos insumos de planificación familiar puestos a disposición de las mujeres peruanas como una opción más como son el Implante, inyectable mensual y condones femeninos.
- Entre Médicos Ginecólogos, Médicos Generales y obstetras se capacitaron a 75 profesionales en el manejo Partograma Modificado de la OMS y Monitoreo fetal, y el manejo de Emergencias Obstétricas.
- Implementación de la Historia Clínica Materno Perinatal y el Aplicativo analítico SIP 2000, V 3.0, dirigido a 92 profesionales de la salud de los Departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría.
- 72 profesionales de salud capacitados en la detección diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida en gestantes y puérperas, en las ciudades de Abancay y Andahuaylas de la DIRESA Apurímac.

MORTALIDAD NEONATAL

La mortalidad en las etapas neonatal, infantil, y de la niñez, han tenido una reducción relativamente simétrica según los datos de la encuesta ENDES, entre el período 1999 a 2011. El INEI en el reporte anual “Indicadores de Resultado de los programas


estratégicos 2012” informa de manera preliminar para el periodo 2012, la tasa de mortalidad neonatal (10 años anteriores a la encuesta) es de 13 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos; aunque es mayor que en el 2011 se trata de una cifra preliminar que se encuentra muy cerca del margen de confianza del 95% (entre 6 y 11 por mil nacidos vivos).

CUADRO Nº 24: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL 1/ DE LOS 10 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2007, 2009-2011 Y 2012 (Por cada mil nacidos vivos)

Ámbito geográfico	2007			2009			2010			2011			2012 PI			
	Valor estimado	Coefficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coefficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coefficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Coefficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95% Inferior Superior	Coefficiente de Variación	Número de Casos sin Ponderar
Total	15	14,0	6 399	13	7,9	20 613	11	9,5	19 218	10	9,1	18 970	13	10,6 14,6	8,0	19 659
Área de residencia																
Urbana	11	25,9	3 740	10	11,4	11 136	9	14,4	10 285	8	14,6	10 004	11	8,6 13,7	11,3	11 152
Rural	21	15,1	2 659	17	10,7	9 477	14	12,0	8 933	13	10,4	8 966	15	11,9 18,5	10,9	8 508

Nota: Los Estimadores con Coeficiente de Variación mayor a 15% deben ser considerados como referenciales.
 PI Preliminar.
 1/ Mortalidad Neonatal: Probabilidad de morir durante el primer mes de vida.
 FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI.

Peso	Muerte fetal		Muerte neonatal	TOTAL
	ANTES DEL PARTO	DURANTE EL PARTO	DESPUES DEL PARTO	
500 – 1499 grs.	1214	134	1265	2613
1500 – 2499 grs.	792	112	902	1806
> 2500 grs.	1074	314	1217	2605
TOTAL	3080	560	3384	7024



Fuente: Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal - DGE

Según los reportes del boletín epidemiológico N° 52, durante el año 2012 se notificaron 7024 defunciones, entre fetales y neonatales. La tasa de mortalidad neonatal se aproxima a 9,97 x 1000 nacidos vivos (hasta setiembre 2012); sin embargo, dada la reciente implementación de este subsistema aún debe mejorarse la notificación procedente de Ancash, Arequipa, Ica, Madre de Dios, San Martín y Ucayali

principalmente por evidenciar diferencias notables cuando se compara con las tasas de mortalidad neonatal registradas por ENDES 2011.

La mortalidad fetal es tan frecuente como la mortalidad neonatal; el 52% (3640/7024) son muertes fetales.

El 85% de las muertes fetales son prenatales (ocurren antes del parto), mientras que 15 de cada 100 defunciones fetales son intraparto (ocurren durante el parto).

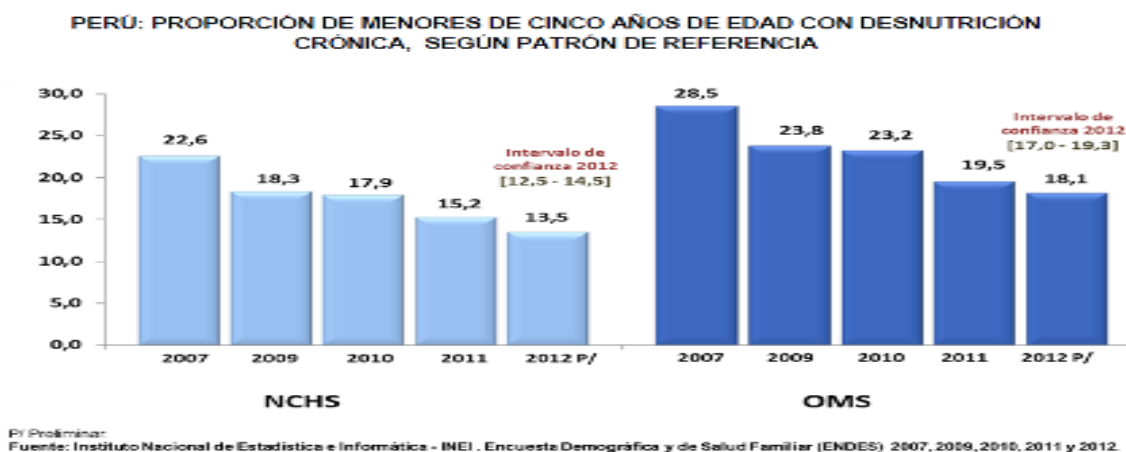
Así mismo se notificaron 3384 defunciones neonatales, el 33% de las defunciones neonatales ocurren en las primeras 24 horas de vida y un 48% entre los días 1 y 7. La mortalidad neonatal precoz representa el 80% de las defunciones.

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- 223 profesionales entre Médicos, Enfermeras y Obstetras capacitados para fortalecer las acciones para la reducción de la mortalidad neonatal y de las competencias técnicas, con la Implementación de la metodología “Ayudando a Respirar al Bebe”, teniendo como sedes: Cusco, Iquitos, Abancay, Bagua Grande, Pucallpa, Arequipa y Lima Metropolitana.
- Fortalecimiento de las competencias técnicas para la notificación de muerte neonatal a 129 profesionales de los servicios de neonatología hospitalarios (Neonatólogos, enfermera de neonatología, epidemiólogo y Obstetra) para identificar los niveles de avance y los nudos críticos en la implementación del Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal a nivel de los hospitales y redes de salud, mediante 02 Talleres Nacionales.

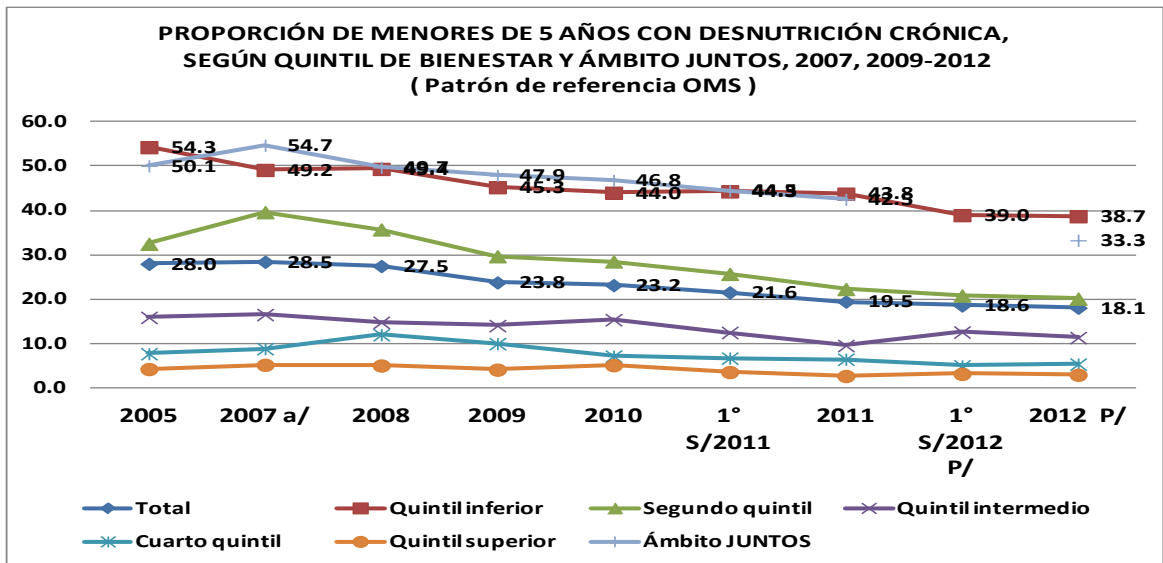
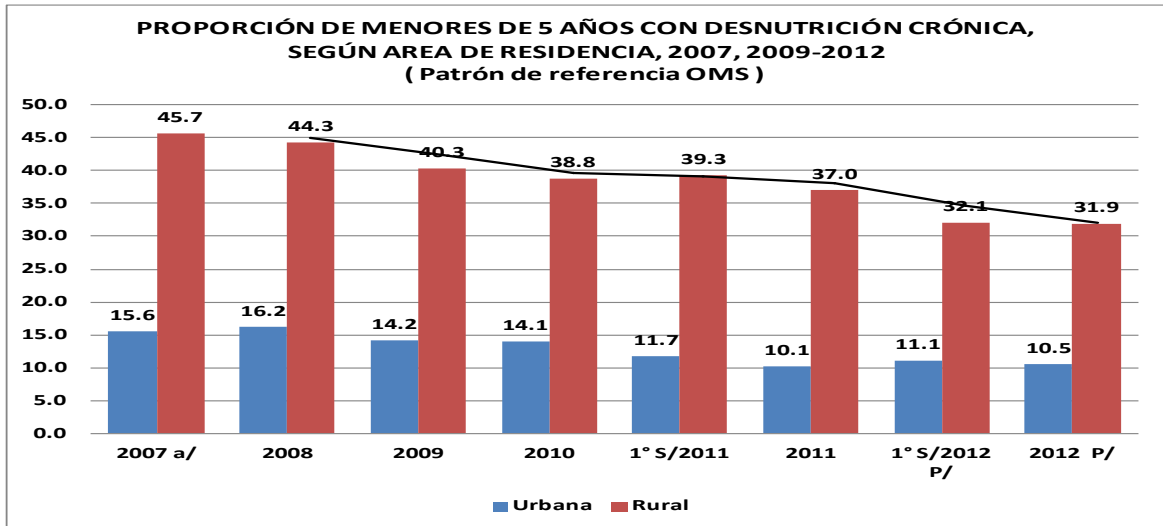
SALUD INFANTIL

Disminución de la Desnutrición Crónica Infantil con énfasis en población de pobreza y pobreza extrema: Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, muestran la reducción del nivel de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad en el país, el mismo que disminuye en 1,7 puntos porcentuales, de 15,2% en el año 2011 a 13,5% en el año 2012, cuando se utiliza el Patrón Internacional de Referencia recomendado por National Center for Health Statistics (NCHS) y, en 1,4 puntos porcentuales cuando se utiliza el Patrón de Referencia de crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 19,5% a 18,1%, en el mismo periodo.



La focalización de las intervenciones hacia la población de pobreza y pobreza extrema se evidencia con los resultados de la misma encuesta donde se observa que la

disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años se da en mayor grado en el área rural, 5,3 puntos porcentuales con el Patrón de Referencia NCHS (de 29,9% a 24,6%) y en 5,1 puntos porcentuales con el Patrón de OMS (de 37,0% a 31,9%), no observándose variación en la zona urbana. Por otro lado también se hace evidente una mayor disminución en población beneficiaria de JUNTOS de 9.2 puntos porcentuales y del Quintil inferior de bienestar 5,1 puntos porcentuales según el patrón OMS.



Lactancia materna exclusiva

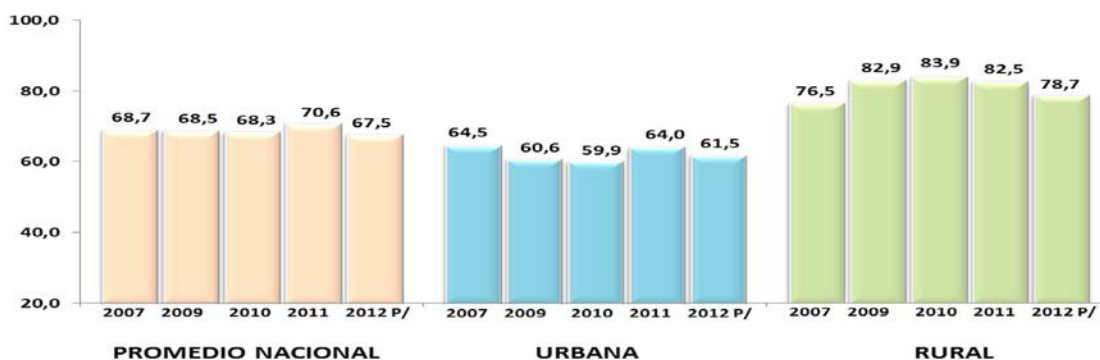
La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o al niño con solo leche materna, alimento que está libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza sus sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades

nutricionales de la niña o el niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

En el año 2012 más de dos tercios de las madres alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna (67,5%), esta práctica es mayor en el área rural (78,7%) que en el área urbana (61,5%).

Entre los años 2011 y 2012, la prevalencia de la lactancia materna revela que tanto en el área urbana como rural esta práctica disminuye, en el área urbana 2,5 puntos porcentuales (de 64,0% a 61,5%) y en el área rural 3,8 puntos porcentuales (de 82,5% a 78,7%).

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD CON
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012.

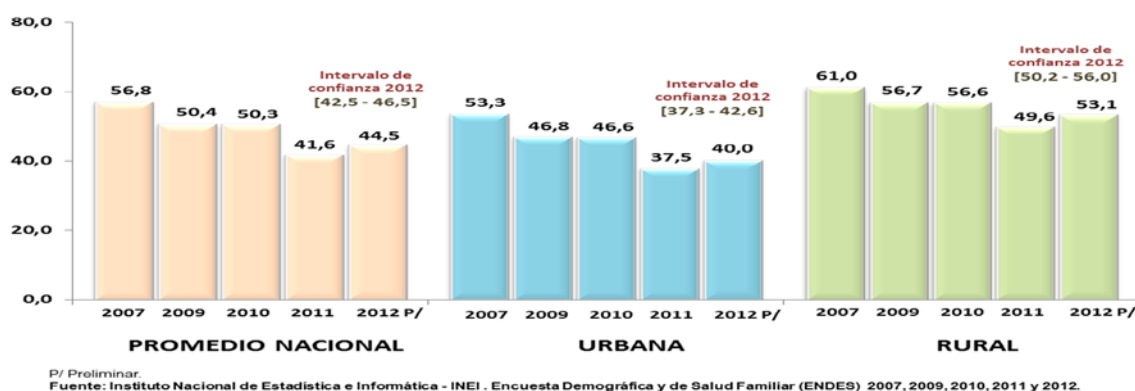
La promoción y protección de la LM es una intervención fundamental para el logro de los resultados sanitarios en el país, en este marco se viene implementando en los servicios la estrategia “Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”, con la finalidad de mejorar la capacidad de los EESS para garantizar intervenciones sanitarias que apoyan a las mujeres y facilitan el logro de sus deseos de amamantar. Además de ofrecer una guía al personal de salud para que puedan apoyar mejor a las madres, fomentar y proteger la lactancia materna.

Anemia en menores de 36 meses:

La anemia por deficiencia de hierro, es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (44,5 %), siendo mayor en el área rural (53,1%) que en el área urbana (40,0%) en el año 2012.

El hierro es un mineral necesario para que el cuerpo pueda transportar oxígeno a las células a través de la hemoglobina y contribuye a protegerlo de las sustancias tóxicas que produce el organismo.

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



Entre los años 2011 y 2012, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad pasó de 41,6% a 44,5%; en el área urbana de 37,5% a 40,0% y en el área rural de 49,6% a 53,1% en el mismo periodo de análisis.

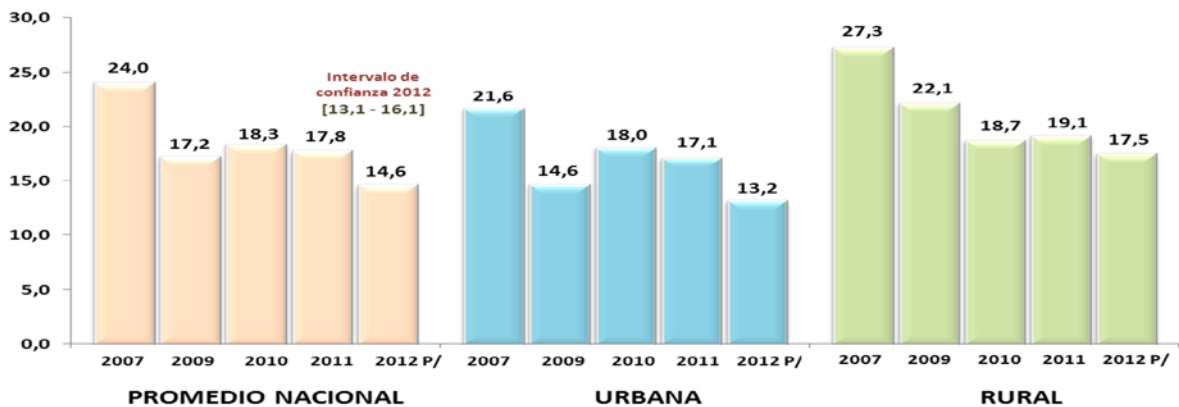
En el año 2012, el porcentaje de niños y niñas entre 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, disminuyó a nivel nacional debido a la poca disponibilidad de Sulfato ferroso en los establecimientos de salud, lo cual explicaría el aumento de la anemia.

Control de la Infección Respiratoria Aguda – Neumonía

Las Infecciones Respiratorias Agudas “IRA”, son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias, principalmente de niñas y niños, y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de morbimortalidad en niñas y niños menores de cinco años y en personas mayores de 60 años de edad. Las IRAs son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

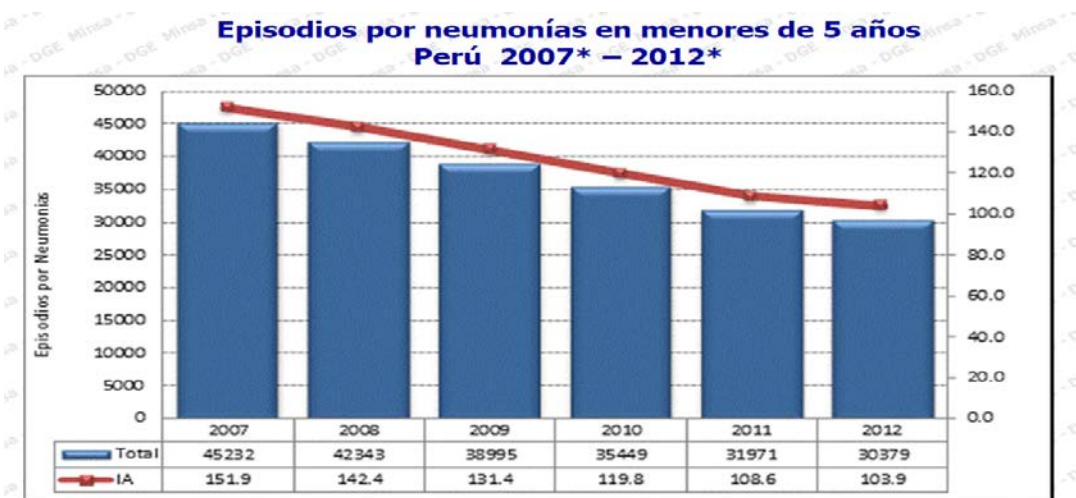
A nivel nacional, según estimaciones del año 2012, el 14,6% de las niñas y niños menores de tres años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia una disminución de 3,2 puntos porcentuales con respecto a la estimación del año 2011. Según área de residencia, en la urbana se observó una disminución de 3,9 puntos porcentuales (de 17,1% a 13,2%) y en el área rural de 1,6 puntos porcentuales (de 19,1% a 17,5%).

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD QUE EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



P/ Preliminar.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007, 2009, 2010, 2011 y 2012.

Por otro lado, los datos del sistema de vigilancia epidemiológica muestran que la tendencia de los episodios de neumonías en menores de 5 años disminuye año a año.

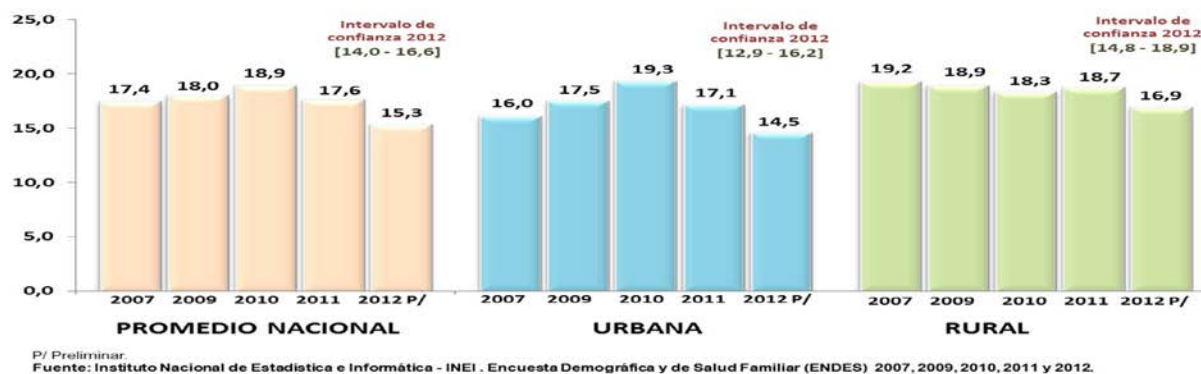


Control de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La Enfermedad Diarreica Aguda, es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en situación de pobreza, educación insuficiente y saneamiento inadecuado.

En el año 2012, a nivel nacional el 15,3% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (16,9%) que en el área urbana (14,5%). Con respecto a las estimaciones del año 2011, muestran en el área urbana una disminución de 2,6 puntos porcentuales (de 17,1% a 14,5%), en el área rural esta disminución corresponde a 1,8 puntos porcentuales (de 18,7% a 16,9%).

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD QUE EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON ED, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



➤ LOGROS DE GESTION:

- Aprobación de la Resolución Ministerial N° 945-2012/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°050- MINSA/DGSP-V.01 que establece la Suplementación Preventiva con hierro para Niñas y Niños menores de tres años.
- 500 enfermeras capacitadas en control de Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años en los establecimientos del primer nivel de atención en Arequipa, Piura, Ica, Puno, Cusco, Ucayali, Tacna, Moquegua, Huancavelica y Madre de Dios.
- Mejora de competencias a 740 profesionales de enfermería, nutricionistas y médicos en suplementación de Hierro del menor de 5 años en los establecimientos primer de atención de las 21 regiones del país.
- 15 Hospitales de Lima y Callao han reactivado los Comités de Lactancia Materna para la implementación de la “iniciativa establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño”.
- Fortalecimiento de competencias del personal del nivel regional mediante 40 asistencia técnica para la atención integral de salud con énfasis en la prevención y control de las enfermedades respiratorias en regiones priorizadas.
- 342 profesionales de la salud de 120 establecimientos de salud han recibido actualización y capacitación en servicio para la prevención y control de las enfermedades respiratorias agudas, en 13 regiones priorizadas.

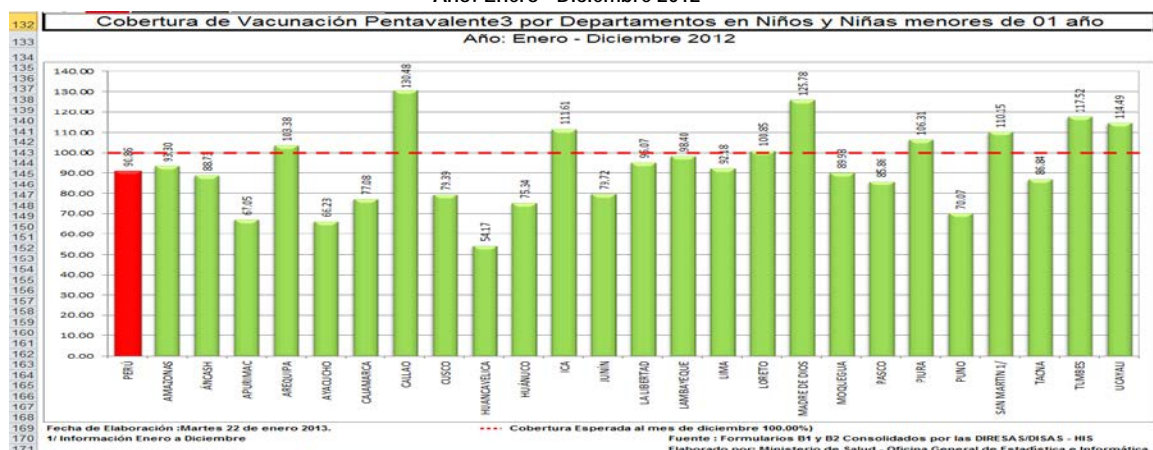
- 51 médicos cirujanos generales fueron capacitados en el manejo de las IRAs, SOB y Asma del ámbito regional de Puno.
- En cumplimiento de los Planes Regionales de Gestión del riesgo de desastre en salud, frente a Bajas Temperaturas correspondiente al año 2012 y Formulación del Plan de reducción del riesgo frente a las Lluvias, Inundaciones y Fenómenos extremos para la Prevención y Control de Enfermedades Prevalentes en menores de 5 años del 2013, se realizaron 06 Talleres macro regionales de monitoreo y seguimiento.
- 90 profesionales capacitados para la Implementación de la administración del zinc en el manejo de la diarrea en niños de 6 a 59 meses en las regiones del Callao, Ayacucho, Loreto y Ucayali.

INMUNIZACIONES

Coberturas de vacunación alcanzadas al mes de diciembre del 2012, según el informe preliminar emitido por la Oficina de Estadística son las siguientes:

- **En el recién nacido: BCG 89.3% y HvB 75.8%**
- **El menor de 1 año: vacuna pentavalente se ha alcanzado 90.9%**, Antipolio oral 89.8%, Neumococo 2da dosis 91.7%, Rotavirus 86.3%, Influenza 50.3%.
- **En niños de 1 año: vacuna SPR 89.7%**, Neumococo 3era dosis 84.8%, y Antiamarilica 55.4%, 1er refuerzo DPT 81.41%.
- **Niños de 4 años: 2do refuerzo DPT 66.7% y 1er refuerzo de SPR 59.7%**

Cobertura de Vacunación Pentavalente3 por Departamentos en Niños y Niñas menores de 01 año
Año: Enero - Diciembre 2012



Si Observamos el grafico por departamentos, podemos ver que las regiones con más bajas coberturas es Huancavelica con (54.17%), Ayacucho (66.23%), Apurímac (67.05%).

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- 780 Personas participaron en el monitoreo de indicadores del “Plan Nacional de Nivelación de Coberturas”, donde se evaluó la tasa de deserción por tipo de vacuna, la cadena de frio, la ejecución presupuestal, vigilancia epidemiológica, y laboratorial, así como la oportunidad y calidad de la información y el riesgo de presentación de brotes por enfermedades prevenibles por vacunas en todas las regiones del país, a través de 04 talleres macroregionales.
- 202 profesionales mejoran su competencia en el manejo de las intervenciones de Inmunizaciones en Hospitales y Centros Maternos, donde se evaluó el abandono a la vacunación, la cadena de frio, el presupuesto y la oportunidad y calidad de la información y el riesgo de presentación de brotes por enfermedades prevenibles por vacunas en todas las regiones del país, mediante 03 talleres Macroregionales.
- Sensibilización de 240 periodistas de las DISA/DIRESA/GERESA sobre la importancia y beneficios de la vacunación, a través de 04 talleres macroregionales priorizando los beneficios y gratuidad de la vacunación y avances en la implementación de la Cámaras de frio en apoyo al “Plan Nacional de Nivelación de Coberturas”.
- Instalación de 13 cámaras de refrigeración en las DIRESAS y DISA de: Tacna (01), Moquegua (01), La Libertad (02) , RED de Salud Bagua(01), Puno (02), Pasco (01), Tumbes (01), Región de Salud Sullana (01) DISA de Lima Este (02) y Callao (01).
- En los avances de las instalaciones de Cadena de Frio, se han requerido un total de 1,082 equipos de refrigeración solar con tecnología de punta, habiéndose recepcionado 100 equipos de refrigeradores solares y que ya fueron entregados oficialmente, así mismo los restantes serán entregados en la II y III trimestre del año 2013.

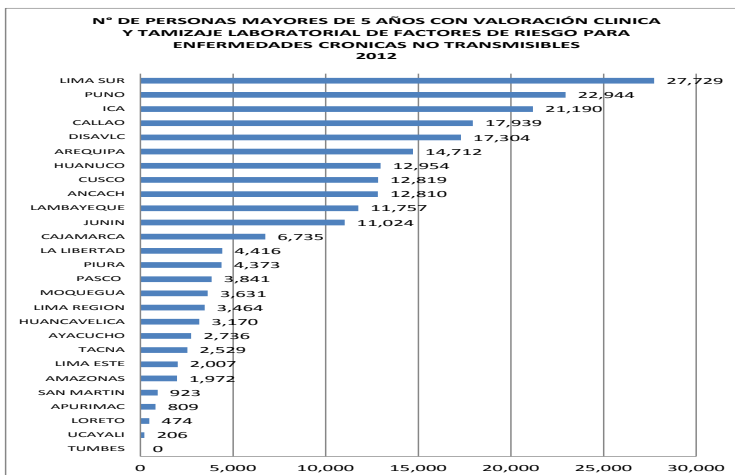
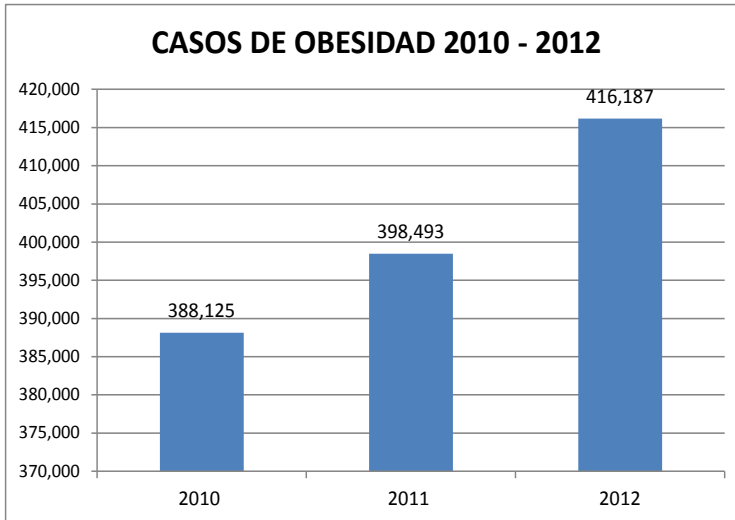


Director General de la DIRESA Moquegua y Vicepresidente Inauguración de Cámaras Frías en DIRESA PUNO

✚ **NO TRASMISIBLES**

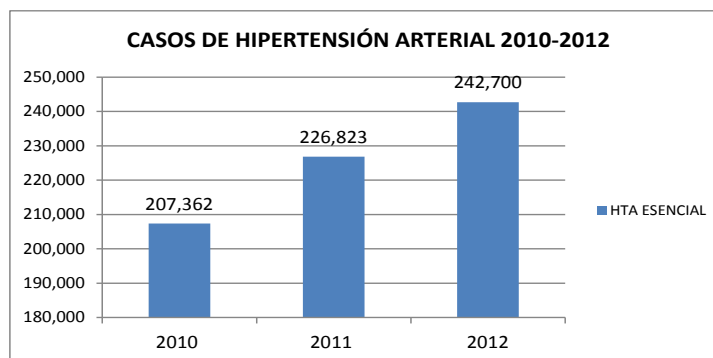
Durante el año 2012 se ha realizado 224,468 Tamizajes de factores de riesgo en las diferentes etapas de vida y dentro de los principales identificados tenemos a la Obesidad y Adiposidad localizada.

Esto se ha logrado a través del fortalecimiento de competencias de los profesionales de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, lo que ha permitido la organización de los servicios de salud para la identificación y abordaje de factores de riesgo, así como el diagnóstico precoz de Hipertensión y Diabetes.



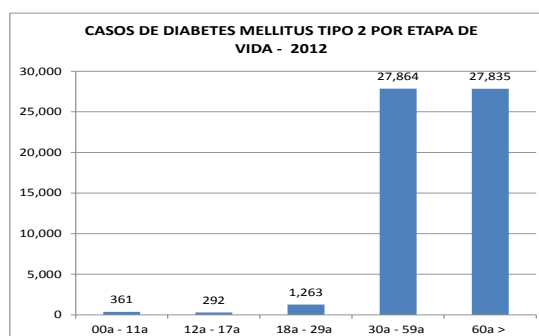
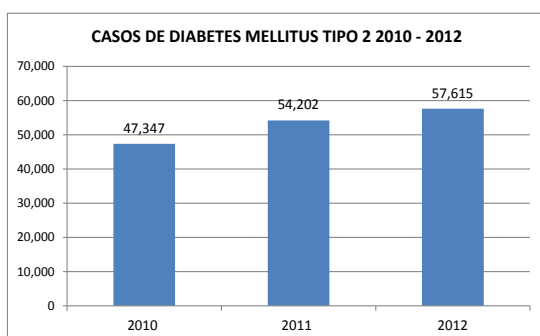
Tamizaje y diagnóstico de casos de Hipertensión Arterial:

En el año 2012 hubo un incremento de casos de Hipertensión Arterial en relación a los años anteriores, esto se debe a que el personal de salud principalmente del primer nivel de atención está realizando intervenciones orientadas al diagnóstico oportuno, así como el mejor registro de información en el HIS, todo ello como resultado de la difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el primer nivel de atención.



Diagnóstico de Diabetes Mellitus:

La Diabetes Mellitus se presenta en todas las etapas de vida y es importante diagnosticarla a tiempo, por lo que se ha fortalecido las competencias del personal de salud del primer nivel de atención a fin de que realice el diagnóstico oportuno, del mismo modo, se ha mejorado la capacidad resolutive de los establecimientos de salud a través del Programa Presupuestal en lo que corresponde a RRHH y equipamiento.



➤ LOGROS DE GESTION:

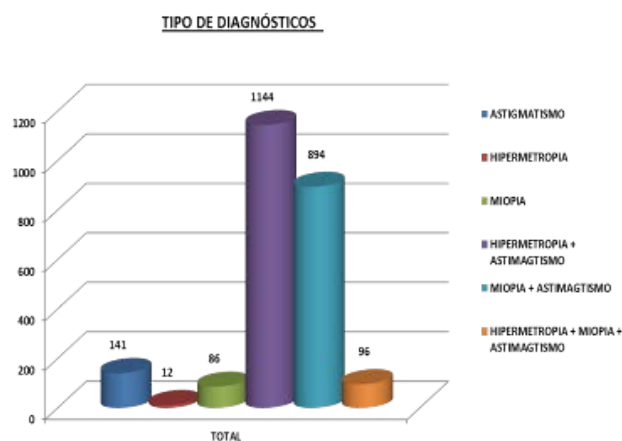
- Información y Sensibilización a personas sanas jóvenes y adultas en la importancia de la prevención de la Osteoporosis, Hipertensión Arterial y Diabetes; promoviendo estilos de vida saludables, así como articular acciones entre el sector salud, la sociedad civil y organizada; esto se ha logrado a través de la celebración de 04 efemérides: Osteoporosis, Hipertensión Arterial, Semana de Oro de Prevención de los Daños No Transmisibles y Diabetes.
- Campañas integrales con el Ministerio de Inclusión social en los Programas sociales de PENSION 65, en donde se ha realizado el tamizaje de factores de Riesgo a los beneficiarios de estos programas a fin de revertir tales factores y prevenir casos de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, así mismo se realiza detección precoz e información y sensibilización a la población para el cuidado de su salud mediante la promoción de estilos de vida saludables.

SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA:

Detección de los errores refractivos en niños de 3 a 11 años.

En el marco de fortalecer las intervenciones de la Estrategia de Salud Ocular - “Te Veo Bien”, se han realizado actividades a nivel nacional, teniendo como población priorizada a niños de 6 a 11 años, de las cuales se han realizado evaluaciones de agudeza visual y entrega de lentes a medida, teniendo como resultados al mes de diciembre 2012: 1,836 niños y niñas beneficiados con la entrega de lentes, a través del trabajo realizado en 09 regiones y Lima Metropolitana, con el apoyo del Instituto Nacional de Oftalmología – INO, debiéndose dar mayor énfasis en los distritos más pobres.

Cabe señalar que a través de las intervenciones realizadas se puede evidenciar que los errores refractivos más frecuentes son los mixtos, es decir astigmatismo asociado a hipermetropía y miopía.



Las regiones que han desarrollado mayor actividad para identificar errores refractivos son Lima Metropolitana, Lima Provincia, Ayacucho, Huánuco, Puno, San Martín, Pasco.

Tratamiento de Catarata en adultos mayores de 50 años en situación de pobreza y pobreza extrema.

Al mes de diciembre del año 2012, se benefició a 13,223 personas con Cirugías de Catarata, quienes recuperaron su visión y volvieron a realizar sus actividades diarias, generando así su inclusión social. (MINSA: 8,903), PNP (644), Naval (85) y EsSalud a Junio 2012 (3,591). El logro alcanzado representa un 76% de la Meta Sector (17,000) y como MINSA 99.4% (8,956). Las regiones que mayor población beneficiada alcanzaron son: Cusco, Lima, Piura, Callao, La Libertad, Lambayeque, Loreto, San Martín. Asimismo se han realizado actividades en Ancash, Amazonas, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Tumbes, Ica, Junín, Pasco, Ucayali, Huánuco y Tacna.

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- Cumplimiento del Acuerdo interinstitucional entre el Ministerio de Salud de la República del Perú y Servicios médicos cubanos de la República de Cuba para la creación del Centro Oftalmológico, en el departamento de Cusco.
- La Estrategia de Salud Ocular con el Instituto Nacional de Oftalmología, a través de la Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, han capacitado a 1,179 profesionales de las salud del primer nivel de atención para realizar un adecuado examen de agudeza visual, tonometría, oftalmoscopia, e identificación de factores de riesgo para salud ocular (leer en movimiento, no lavarse las manos antes de tocarse los ojos, usar lentes para sol, entre otros).

 **METALES PESADOS**

➤ **LOGROS SANITARIOS:**

- Fortalecimiento de competencias del personal mediante 11 asistencias técnicas dirigidas a las Direcciones Regionales para la atención de las personas en riesgo de intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas, en las Regiones de: Lambayeque, Piura – Sullana, Ayacucho, Pasco, Cusco, Huancavelica, Ancash, Lima, Arequipa y Loreto.
- Difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica de Arsénico para contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por exposición e intoxicación por arsénico, para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas afectadas y/o expuestas a factores de riesgo ambientales vinculados a este metaloide.
- 120 profesionales fortalecen sus competencias, a través del I Curso Nacional Toxicológico: “Valoración Clínica, Diagnóstico, Manejo y Tratamiento de Personas Expuestas e Intoxicadas por Metales Pesados y Sustancias Químicas”. Con la participación del 80% de Médicos asistenciales de establecimientos de salud.

 **SALUD MENTAL**

➤ **LOGROS SANITARIOS:**

A nivel nacional, se ha logrado una cobertura de atendidos en salud mental más del 100% de la meta programada para año 2012, lo cual nos indica que se ha mejorado el acceso de la población a los servicios de salud mental.

TOTAL ATENDIDOS SEGUN PROBLEMA O TRASTORNO DE SALUD MENTAL 2012

PROBLEMA/TRASTORNO DE SALUD MENTAL	META	EJECUTADO 2012	%
VIF	180,421	189,032	105
DEPRESIÓN	114,674	151,125	132
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	33,804	33,089	98
INTENTO DE SUICIDIO	5156	6278	122
ANSIEDAD	114674	180609	157
TOTAL	448,729	560,133	124.8

IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DIFERENCIADOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

Módulos de Salud Mental con énfasis en Adicciones

En coordinación con DEVIDA, en el presente año se ha incrementado en 42 Módulos de Atención en Salud Mental con énfasis en Adicciones en el primer y segundo nivel de atención en todas las regiones del país, con el fin de fortalecer la prevención, la detección y la atención de los casos relacionados al consumo de alcohol y otras drogas. A la fecha se cuenta con 187 Módulos.

Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS)

Actualmente se cuenta con 49 Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS), los cuales brindan una atención diferenciada a los menores que son víctima de violencia. Respecto al año 2011 se ha logrado incrementar 07 módulos en tres regiones: Huancavelica, Cajamarca y Ucayali.

IMPLEMENTACIÓN DE BRIGADAS DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIA Y DESASTRES

Durante el año 2012, se han incrementado 100 brigadas, teniendo en su totalidad de 184 brigadas conformados en 19 regiones, integrada por 392 responsables de salud mental de las cuales: Región de Lima (92 brigadas), Amazonas (01 brigada), Junín (04 brigadas), Cusco (10 brigadas), Ucayali (02 brigadas), Cerro de Pasco (03 brigadas), Madre de Dios (01 brigada), Huánuco (03 brigadas), Ayacucho (03 brigadas), Puno (02 brigadas), Tacna (04 brigadas), Apurímac (04 brigadas), Moquegua (07 brigadas), Arequipa (02 brigadas), Ica (06 brigadas), Huancavelica (03 brigadas), Ancash (01 brigada), Lambayeque (03 brigadas) y Tumbes (05 brigadas) .

PLAN INTEGRAL DE REPARACIONES

DIRESA/DISA	Personas beneficiarias del Programa Reparaciones en Salud (1)	N° de personas VIP atendidas en salud mental	% de Víctimas de VIP atendidas en salud mental	N° de Comunidades Intervenido	N° de Profesionales PIR
APURIMAC I	6,692	2,316	34.6	66	5
APURIMAC II	3,763	1,325	35.2	23	7
AYACUCHO	34,011	2,725	8	23	13
CUSCO	2,303	1,399	60.7	44	7
HUANCVELICA	6,863	430	6.3	50	11
HUANUCO	10,934	2990	27.3	39	7
ICA	3,587	810	22.6	25	0
JUNIN	10,812	4345	40.2	8	12
PASCO	1,061	230	21.7	9	7
PUNO	4,170	435	10.4	38	7
SAN MARTIN	2,726	3006	110.3	20	5
UCAYALI	1,194	2869	240.3	39	5
TOTAL	88,116	22,880	26	384	86

- a) De un total de 88,116 personas beneficiarias, se ha brindado atención integral en salud mental a 22,880 personas, con secuela de violencia política, en las regiones mayormente afectadas por la violencia política.
- b) Se ha intervenido en 384 comunidades que fueron afectadas por la violencia política, donde se han realizado la intervención comunitaria, fortalecimiento de redes comunitarias y talleres de soporte emocional y actividades preventivo - promocionales orientadas a la protección de la salud mental.
- c) Los equipos especializados de salud mental están conformados 86 profesionales (médicos, psicólogos y enfermeras contratados con presupuestos transferidos a las regiones según D.S. 070-2008 y 084-2009, en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Puno, Ucayali y San Martín).

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- Aprobado mediante Decreto Supremo N°006-2012-SA, el Reglamento de la Ley N° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención a Dependientes a Sustancias Psicoactivas y otras Dependencias.

- Aprueban Documento Técnico “Lineamientos para acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas”, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 299-2012/MINSA.
- Implementación del Proyecto de Cooperación entre países (TCC-OPS) para el fortalecimiento de Salud Mental en la Atención Primaria.
- Convenio con la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito-ONUDD para el fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de salud en la línea de adicciones.
- Culminación del Proyecto MINSA -JICA “Fortalecimiento de los servicios de salud para la atención integral a víctimas de la violencia” para el desarrollo de planes de intervención en salud mental de las microrredes de 11 regiones del país.
- Sensibilización y acuerdos básicos de gestión que favorezcan la implementación en la problemática de violencia contra niñas, niños y adolescentes; en la cual se obtuvo el documento *Declaración de Cusco y Ucayali*, con el objetivo de sensibilizar y comprometer a los decisores en desarrollar acciones a favor de esta población, la misma que fue desarrollada mediante 02 talleres macrorregionales.
- Con el objetivo de fortalecer sus competencias en la línea de Violencia, Psicopatologías, Adicciones, Emergencias y Desastres a los equipos de gestión de las DIRESAS/DISAS/GERESAS, se realizaron 44 Asistencias técnicas.
- 24 Campañas para la reorientación de los servicios de salud mental a la comunidad como estrategias de comunicación interpersonal que orienta, informa y permite que la población acceda a los servicios de salud mental.
- Se brindaron 02 Reuniones nacionales de evaluación de las 4 líneas de prevención, tratamiento y plan nacional de salud, con las DIRESAS, GERESAS y DISAS que tuvo por objetivo analizar y evidenciar los resultados obtenidos programados en el Plan Nacional de Salud Mental.
- Ejecución del Proyecto: “Salud Mental para el desarrollo de la región Apurímac en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud 2010 – 2014” en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
- Se realizó el programa piloto de “escuelas sin violencia” en la DISA Lima-Ciudad, en cuatro colegios de Magdalena del Mar, en el marco de la lucha contra el hostigamiento escolar (bullying).

SALUD BUCAL

➤ **LOGROS SANITARIOS:**

Al mes de Diciembre del año 2012 se han realizado 6,888 prótesis dentales parciales y totales, beneficiando a 3,557 adultos mayores a nivel nacional.

Asímismo, se observa por regiones la población más beneficiada con prótesis son: Apurímac 808 personas, Junín 646 personas y Loreto 538 personas.

PROTESIS DENTALES DEL PLAN VUELVE A SONREIR

REGIONES	TOTAL DE PRÓTESIS ENTREGADAS	TOTAL DE BENEFICIARIOS
AMAZONAS	430	216
ANCASH	263	135
APURIMAC	808	404
AREQUIPA	168	90
CAJAMARCA	156	81
CALLAO	140	72
HUÁNUCO	506	253
ICA	240	121
JUNIN	646	323
LA LIBERTAD	411	218
LAMBAYEQUE	517	270
LIMA REGION	471	237
LIMA	318	160
LORETO	538	278
MADRE DE DIOS	110	55
PIURA	206	132
PUNO	399	211
SAN MARTIN	280	140
TUMBES	131	86
UCAYALI	150	75
TOTAL	6,888	3,557

➤ **LOGROS DE GESTION:**

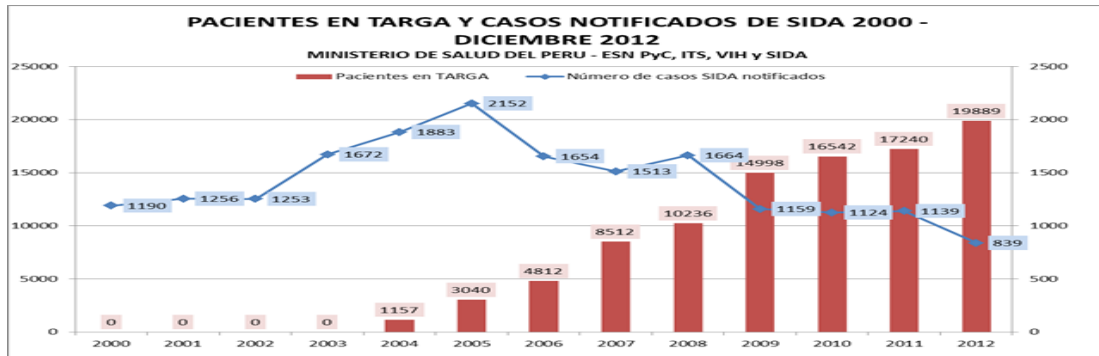
- Aprobación con R.M. 626-2012/MINSA del Documento Técnico “Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 Vuelve a Sonreír”, que tiene como propósito mejorar la salud bucal del Adulto Mayor, con énfasis en población pobre.

- Lanzamiento Oficial del Plan Nacional de Rehabilitación Oral con Prótesis Removible “Vuelve a Sonreír” el 17 de Marzo del 2012 en la ciudad de Tarma, cuyo público objetivo son los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema.
- Implementación del Plan Nacional de Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles “Vuelve a Sonreír” en las Regiones: Amazonas, Apurímac I, Arequipa, Ancash, Cajamarca, Callao, Huánuco, Ica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Lima Región, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tumbes y Ucayali.
- Se implementaron los planes de Salud Bucal en la localidad de Andoas Loreto mediante la contratación de 01 Cirujano-Dentista quien realizó 2,248 atenciones odontológicas a la población en general.
- Se implementaron los planes de Salud Bucal en la localidad de Tambo y Socos – Ayacucho y Huamachuco- La Libertad realizándose atenciones integrales a los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65: exámenes bucales, fisioterapias, profilaxis, sesiones educativas, medicina general, entre otros.
- Se implementaron los planes de Salud Bucal en la localidad de Tambopata – Madre de Dios, Santiago de Chuco, Florencia de Mora y La Esperanza – La Libertad, Huancané - Puno, Curahuasi - Apurímac I, Andahuaylas y Talavera-Apurímac II, Bagua Grande y Cumba- Amazonas, Aguaytía - Ucayali, Comas-DISA Lima Ciudad, Canta y Huaral-Lima Región, Oyotún y Chongoyape - Lambayeque y Tarma y Satipo – Junín, realizándose atenciones integrales a los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65: tamizaje y elaboración de prótesis dentales.
- Fortalecimiento de capacidades del equipo del nivel regional en la gestión y prestación de las intervenciones sanitarias de la Salud Bucal, mediante 25 asistencias técnicas.
- Se realizaron tres reuniones macro regionales norte, centro y sur, donde se obtuvo los siguientes productos: Instrumento de seguimiento del plan vuelve a sonreír validado; Implementación de la RM 007-2012/MINSA; Socialización de la R.M. N° 626-2012/MINSA y R.J. N° 060-2012/SIS.
- Se ejecutó la primera fase del estudio epidemiológico de salud bucal en Escolares de 3 a 15 años, en caries dental, fluorosis del esmalte, maloclusión y enfermedad periodontal, evaluándose a 4,059 escolares de las Regiones.
- Se realizó el lanzamiento del Plan Vuelve a Sonreír en la DISA Lima Sur en el marco de la implementación del servicio diferenciado de atención del adulto mayor “Tayta Wasi”.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, VIH-SIDA

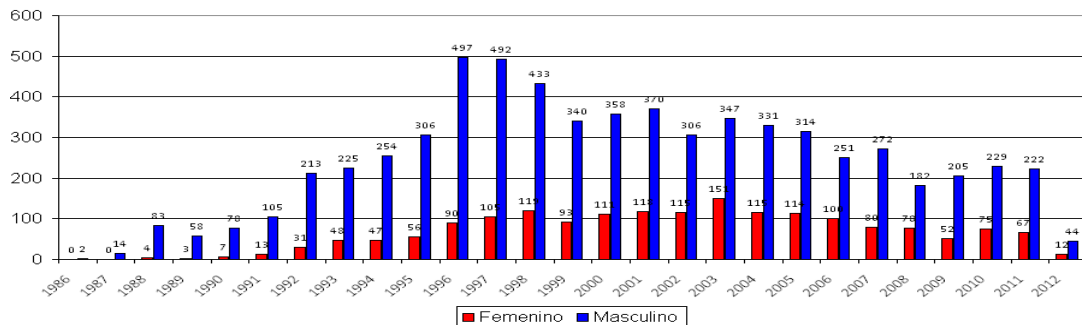
➤ LOGROS SANITARIOS:

Disminución del 50% de casos reportados de personas en etapa SIDA (fase final de VIH), desde la instauración del TARGA en el año 2004.



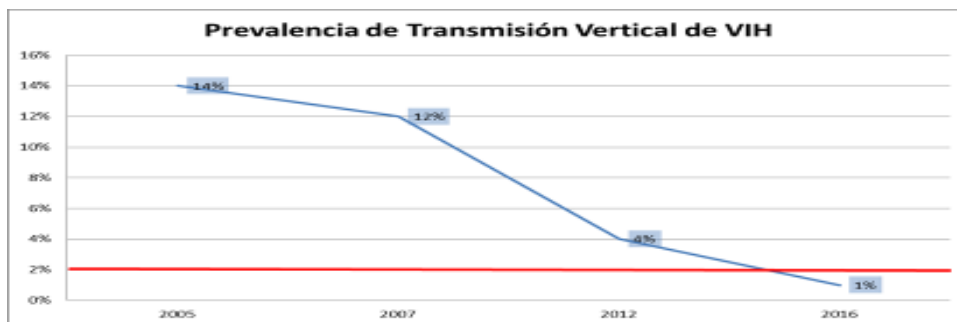
(*) Fuente: ESNITSS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA), 2004-diciembre 2012

Disminución de mortalidad por VIH/SIDA en 40% desde el inicio del TARGA (2004 – 2012).



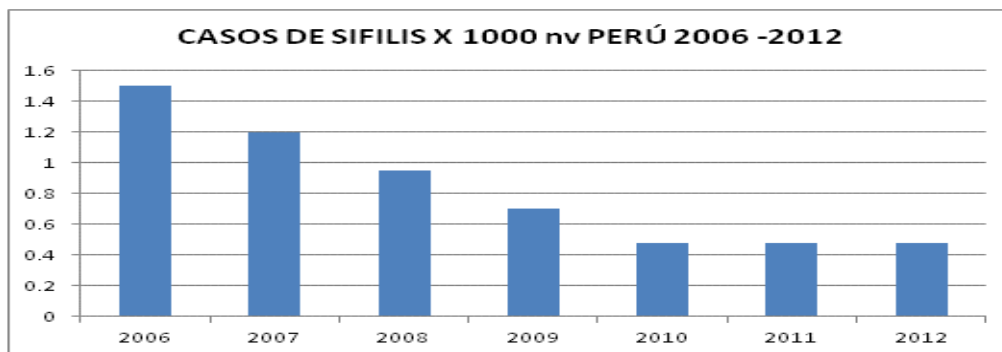
(*) Fuente: ESNITSS (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA), 2004-diciembre 2012

Reducción de la Tasa de Transmisión Vertical del VIH de 14% en el año 2005 a 4% en el año 2012



Fuente: 2005-2007: Cifra estimada por hoja de monitoreo ESNITSS (Incompleto) / 2012: Promedio entre estudio Dra. Reyes, estudio Dr. Velásquez y GESIND 2011 de ESNITSS

Reducción de la Tasa de Sífilis congénita de 1.5 casos por 1000 nacidos vivos el año 2006 a 0.48 casos por 1000 nacidos vivos el año 2010.



Fuente: 2005-2007: Cifra estimada por hoja de monitoreo ESNITSS (Incompleto) / 2012: Promedio entre estudio Dra. Reyes, estudio Dr. Velásquez y GESIND 2011 de ESNITSS.

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- Aprobación de la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita: 064-MINSA/DGSP-V.02 aprobada con R.M. N° 946-2012/MINSA.
- Se brindaron 42 visitas de asistencia técnica para el fortalecimiento a nivel regional en la gestión y el manejo de las intervenciones de las enfermedades de ITS, VIH-SIDA y HEPATITIS B, realizadas en las regiones de: Ica, Madre de Dios, Tumbes, Piura, Huánuco, Puno, Junín, Ancash, Cusco, Trujillo, Cajamarca, Piura, Chimbote y Arequipa.
- El 80% de Hospitales que atienden cesáreas en todo el país mejoran su competencia sobre nueva técnica de cesárea con membranas íntegras para prevención del VIH y otras ITS.
- Fortalecimiento de competencias del personal del nivel regional en Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, Sífilis y Hepatitis B, atención integral de pacientes con infección por VIH, y en Atención Médica Periódica, a través 02 talleres de Capacitación.
- Sensibilización de los actores sociales, mediante campañas nacionales realizadas por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA y el Día Nacional de Lucha contra la Hepatitis B.

TUBERCULOSIS

➤ **LOGROS SANITARIOS:**

Detección: Al 3er trimestre en el 2012: Incremento de la búsqueda del Sintomático respiratorio en un 15% en relación al III Trimestre del 2011 (incrementándose de 717,774 a 895,967 SRI).

Diagnóstico: Al 3er trimestre del 2012: El Ministerio de Salud ha diagnosticado 19,641 personas afectadas por tuberculosis (Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar), siendo el segundo país de más casos en América después de Haití. Se viene tratando a la fecha casos de drogoresistencia (de los cuales 960 son Tuberculosis Multidrogosensible (TB MDR), 67 son Extensamente resistentes (TB XDR) y el resto son Mono o Polirresistentes), Perú ocupa el primer lugar en el continente en reportar casos TB-MDR.

En relación a los casos de TB MDR se notificaron 960 casos para TB MDR observándose un incremento del 10% de casos en relación al año anterior. En relación a los casos de tuberculosis extensamente resistente (TB XDR) se estima que al final de año hay 84 casos notificados, cifra similar al año anterior.

Tratamiento: Se han tratado 19,641 personas afectadas por tuberculosis con esquema Uno; 960 casos de tuberculosis multidrogosensible TB MDR y de 67 casos tratados por TB XDR de los cuales 10 han iniciado con tratamiento con drogas del quinto grupo en el CENEX del Hospital Hipólito Unánue.

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- Financiamiento del Seguro Integral de Salud para control y seguimiento de los casos de tuberculosis en todas sus formas, incluye complicaciones y manejo quirúrgico.
- Notificación obligatoria de caso de tuberculosis a través del sistema NOTI de la Dirección General de Epidemiología.
- Se han realizado 20 asistencias técnicas, para el fortalecimiento de los equipos del nivel regional en la gestión y manejo de las intervenciones de las enfermedades de TBC, de las cuales estuvieron dirigidas a las siguientes regiones: Ica, San Martín, Junín, Cusco, La Libertad, Puno, Huánuco, Piura, Ancash, Arequipa, Loreto, Madre de Dios, Lambayeque, Pasco, Tacna, Amazonas. Así como 03 asistencias técnicas para el componente de Lepra.
- Fortalecimiento de actividades de Abogacía, Comunicación y Movilización Social para promover el interés y el diálogo social sobre la situación de la Tuberculosis en el país, reducir el estigma, incrementar el acceso a los servicios de control de tuberculosis y colocar y mantener en la agenda política y pública el control de la TB como prioridad a través de las actividades en el marco del Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis.
- Se realizó la Evaluación Nacional de Indicadores Operacionales y Epidemiológicos. Años 2005 – al I Semestre 2012.
- Se llevó a cabo el Taller de Abogacía Comunicación y Movilización Social (ACMS) para la Intervención en Tuberculosis, en la que se firmó el Acta de Acuerdos y Compromisos, comprometiéndose las Regiones a la elaboración y remitir sus Planes Regionales ACMS 2013.

ENFERMEDADES METAXENICAS

➤ **RESULTADOS SANITARIOS:**

Morbilidad por Malaria, en las últimas semanas se ha presentado un ligero incremento de morbilidad por malaria, pero el Índice Parasitario Anual (IPA) se mantiene por debajo de 1 (0.99), que indica la presencia de Plasmodium (vivax o falciparum) por cada 1000 habitantes. El IPA se ha incrementado de 0.77 (2011) a 0.99 x 1000 habitantes en el 2012. Así mismo de acuerdo al diagrama de Pareto las regiones que reportaron el 80% de los casos de Malaria se ha reducido de 03 en el 2011 (Loreto, Junín y Ayacucho) a 01 en el 2012 (Loreto).

Se cuenta con stock de medicamentos para la atención del 100% de casos de malaria incluyendo las áreas no endémicas de Malaria. Se ha mejorado la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos a nivel de los servicios de salud, con participación activa de los Agentes Comunitarios de Salud.

Mortalidad por Malaria, desde el año 2009 a 2011 los casos reportados por defunción de Malaria han ido disminuyendo, lo que indica que los casos que se han presentado han sido atendidos por los servicios de salud de manera oportuna y eficaz. Sin embargo para el año 2012 la Región Loreto reporta 07 defunciones por Malaria.

Morbilidad- mortalidad por Dengue, se ha presentado un ligero incremento de casos en 0.51% (154) casos reportados de Dengue en el presente año 2012 respecto al mismo periodo en el año 2011 (29810 casos a 29964 casos). Contradictoriamente al año pasado, el número de defunciones se ha incrementado en el 35.4% (de 31 a 42 defunciones) en el mismo periodo. Cabe señalar que en el presente año el Virus Dengue 2 variedad Asiático Americana, que genera cuadros de Dengue más severos y que puede ocasionar la muerte de la persona, se ha extendido a nuevas regiones como Ancash y Lima y persiste en regiones como Loreto, Madre de Dios, San Martín, Ucayali, Cajamarca, Amazonas, Tumbes, Huánuco y Piura.

➤ **LOGROS DE GESTION:**

- Se han realizado 16 asistencias técnicas para el fortalecimiento de competencias a las Direcciones de Salud en la gestión y manejo de las enfermedades de Metaxénicas.
- "Taller nacional de elaboración plan de intervención interregional para la promoción de prácticas y entornos saludables, prevención, control y manejo del dengue".
- Resultados de talleres regionales para fortalecer las competencias regionales y locales:

- ✓ 430 profesionales de los servicios de salud de diferentes regiones del País, con competencias en el manejo de las enfermedades Metaxénicas, con énfasis en dengue y Bartonella.
- ✓ 1,690 agentes comunitarios de salud debidamente capacitados en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y manejo de los casos de malaria.
- ✓ 25 profesionales de la salud, capacitados en la captación, diagnóstico y manejo de casos de Chagas.
- Acciones desarrolladas para el control del DENGUE:
 - ✓ Activación del Centro de Operaciones de Emergencia Salud (COE-Salud) en 17 Direcciones Regionales de Salud del Perú y activación del Centro de Operaciones de Emergencia Regional (COE-Regional) que preside el Presidente del Gobierno Regional en 03 Regiones.
 - ✓ Se ha intensificado las acciones de Control del vector, tanto en estadio adulto como larvario, fortaleciendo la capacidad de respuesta de las Regiones, movilizandolos equipos y recursos humano para la operatividad como para la organización y supervisión de otras Regiones del país. En el control de brote en Ucayali, se logro proteger a 395,190 habitantes de los distritos con mayor transmisión, tratando 78,638 viviendas, movilizándose 140 recursos humanos.
 - ✓ Se ha intensificado las acciones de comunicación y educación a la población en áreas de riesgo con el objetivo que la población informada, participe en las acciones de prevención y control y busque atención en los establecimientos de salud a fin de evitar automedicación, complicaciones en la evolución de la infección y muertes por esta causa, incrementando presupuesto durante 2012.

ZOONOSIS

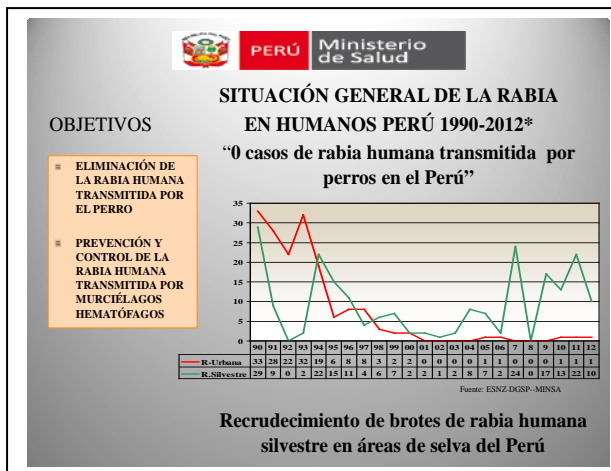
➤ **LOGROS SANITARIOS:**

El 96% de las regiones del Perú se mantienen libres de rabia humana transmitida por el perro al 2012, sólo Puno registra casos humanos (2). El 88% de las regiones en el Perú se mantienen libres de rabia canina al 2012, sólo las regiones de Puno, Madre de Dios y Piura (1) registran casos de rabia canina. En el proceso de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro se han realizado en el 2012 actividades binacionales entre Perú y Bolivia en el marco del *“Proyecto de Cooperación entre países para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en Argentina-Bolivia-Brasil y Perú”*, con la cooperación OPS/OMS.



En rabia silvestre

En el 2012 se presentaron 10 casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos. En la provincia de la Convención (Cusco) (8 casos) y en Amazonas (2), lográndose reducir el 64% menos de lo presentado en el 2011. Considerando el alto riesgo que significan los accidentes por mordeduras por murciélagos hematófagos, el Ministerio de Salud viene implementando el Plan de vacunación Masiva de Pre-exposición con 03 dosis de vacuna cultivo celular en comunidades de alto riesgo de las provincias de Condorcanqui y Bagua, habiéndose logrado coberturas del 68% en Condorcanqui hasta el mes de setiembre 2012.



COBERTURAS DE VACUNACIÓN PRE EXPOSIC PROV. CONDORCANQUI – AMAZONAS SET 2012 PERÚ

DISTRITO	EESS	CCNN	POB 2011	VACUNACION PRE EXPOSICIÓN 1 DOSIS		TOTAL	COBERTURA %
				NUEVO	REFUERZO		
NIEVA	PS ALTO KANAMPA	3	429	188	51	239	55.71
	PS YUMIGKUS	4	741	400	82	482	65.05
	PS SAASA	3	326	129	147	276	84.66
	PS PUMPUSHAK	6	638	349	110	459	71.94
TOTAL		16	2134	1066	390	1456	68.23

Fuente: DIRESA Amazonas

PESTE

Las DIRESA de Piura, Cajamarca, Lambayeque, continúan sin casos de peste, presentándose únicamente en la GERESA La Libertad, habiéndose reportado en el presente año 05 casos confirmados en la provincia de Ascope.

➤ LOGROS DE GESTION:

- En el 2012 se han validado a través de reuniones técnicas con expertos nacionales la actualización de las siguientes normas: “Norma Técnica sobre Prevención y Tratamiento de Accidentes por Animales Ponzosñosos” aprobada con Resolución Ministerial N° 215-2004/MINSA y la Norma Técnica de Diagnóstico y Tratamiento de Brucelosis Humana, aprobada con Resolución Ministerial N° 978-2003/MINSA.
- A diciembre del 2012, se brindaron 21 asistencias técnicas para el fortalecimiento a nivel regional en la gestión y el manejo de las intervenciones de las enfermedades Zoonóticas (rabia, peste, fasciolosis, hidatidosis, Leptospirosis) y el levantamiento de información técnica sobre el problema de las mismas en las regiones de: Ayacucho, Piura, Ancash, Apurímac, Andahuaylas, Huancavelica, Puno, Junín, Pasco y Cusco.
- Fortalecimiento de competencias del personal del nivel regional en gestión y el manejo de las intervenciones de las enfermedades Zoonóticas: Rabia Silvestre, Rabia Urbana, Peste, realizado mediante 04 talleres regionales en: Amazonas, Piura, Junín, Cusco, Loreto.
- Reuniones Binacionales Perú-Bolivia, en las áreas fronterizas de Puno y Bolivia, para fortalecer el plan de eliminación de rabia humana transmitida por el perro en ambos países.
- Sensibilización de los actores sociales mediante la celebración de Efemérides por el Día Mundial Contra La Rabia con la participación de las DISA/DIRESAS de Lima y Callao, Organización Panamericana de la Salud, Instituciones Educativas, Gobierno Local desarrollándose un pasacalle alusivo a la fecha y Feria Educativa con exhibición de stands alusivo al Día Mundial, en el Municipio de El Agustino.

EN RECTORÍA:**➤ LOGROS OBTENIDOS:**

- Durante el año 2012, se han realizado 4,979 atenciones médicas, 47 atenciones de emergencia, 17 intervenciones quirúrgicas de las cuales 7 han sido a pacientes con patologías cardíacas, 25 han recibido evaluación preoperatoria, a través de 05 Jornadas de Atención Médica Especializada en 04 Gobiernos Regionales (Ica, Ancash, Cusco y Arequipa).
- Elaboración y validación de: Guía de Categorización de Establecimientos del Sector Salud; Cartera de Servicios; Cartera de Servicios para la Oferta Móvil: Equipos AISPED; Indicadores de Producción de Servicios de Salud.
- Con el objetivo de fortalecer la Organización de los Servicios de Salud: Durante el año 2012, se han realizado 61 visitas de asistencia técnica para fortalecer las competencias de los equipos técnicos y de gestión en aspectos relacionados a la organización y funcionamiento de los servicios de salud, de las cuales:
 - ✓ 22 han sido por los Talleres de Identificación de Establecimientos Estratégicos en el marco de las Redes de Servicios de Salud en los Gobiernos Regionales.
 - ✓ 03 en el marco del Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención - Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad.
 - ✓ 13 visitas de asistencia técnica para fortalecer las competencias de los equipos técnicos y de gestión en aspectos relacionados a la organización y funcionamiento de los servicios de salud en los Gobiernos Regionales: Lambayeque, Junín, Tacna, Loreto, Puno, Ica, Madre de Dios, Huancavelica, Moquegua, San Martín, Amazonas, Lima Región, Ayacucho así como a 01 DISA Lima Ciudad de Lima Metropolitana.
- Con la participación de 114 profesionales representantes de 23 DIRESAS/GERESAS/DISAS y representantes de otras instituciones prestadoras de Servicios de Salud (Sanidad de la PNP, FAP, Marina de Guerra y ACP) de ámbito Nacional, se realizó la Reunión Técnica Nacional de las Direcciones de Servicios de Salud, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de la gestión de las Direcciones de Servicios de Salud o sus equivalentes de las Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, que estaban orientados a la Validación de Documentos normativos relacionados a Cartera de Servicios, Cartera de Servicios de la Oferta Móvil-Equipos AISPED e Indicadores de Producción de Servicios de Salud.
- Se inicia Programa de Mejora de la Calidad de Atención y medición del Desempeño del Prestador en articulación con Vigilancia Ciudadana.
- *Acreditación de Establecimientos de Salud*, se cuenta con 23 de 25 Comisiones Regionales Sectoriales de Acreditación de servicios de salud, instancias que

gestionarán la evaluación externa de los establecimientos de salud en el ámbito regional; del total de establecimientos de salud categorizados 7,995 a nivel nacional, en el periodo 2011 el 10.6% (828) realizaron autoevaluación (primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y un acumulado de 1,538 establecimientos de salud que han realizado Autoevaluación, de los que el 2.8% han aprobado autoevaluación con un puntaje igual o superior al 85%. Se aprueba el Listado de Estándares para la Acreditación de Institutos con R.M. N° 462-2012/MINSA. Se incorpora Sistema de Acompañamiento desde las Regiones para la mejora de la calidad en los establecimientos, priorizando el seguimiento de 30 establecimientos para la aprobación de la autoevaluación a enero del 2013.

- **Mejoramiento continuo**, los Proyectos ganadores del Premio al “Reconocimiento a la Gestión de Proyectos de Mejora Continua – 2012” organizado por la Sociedad Nacional de Industrias fueron “Una década de mejora de la calidad de atención de parto vertical institucional sostenible” del C.S. San José de Secce-DIRESA Ayacucho e “Implementación del Primer Banco de Leche Humana del Perú” del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se sostiene el programa de Visitas Guiadas a los establecimientos cuyos equipos de mejora demostraron experiencias exitosas de calidad y fueron ganadores en la Semana de la Calidad del MINSA.
- **Proyecto infecciones zero**, intervención que busca disminuir la Tasa de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) asociadas a catéter venoso central a menos del 7% (estándar establecido por la OPS), en las Unidades de Cuidados Intensivos de los siguientes establecimientos de salud: Instituto Nacional de Salud del Niño, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Central FAP y la Clínica Ricardo Palma, que ingresaron con un promedio de IIH de 9.9% y a junio del 2012 lograron disminuir la tasa de IIH al 2.63%. Se tiene el compromiso de 21 establecimientos de II y III nivel de atención para incorporarse al proyecto.
- **Agosto te atiende mejor**, programa efectivo de intervención para mejorar la calidad de la atención en consulta externa y emergencia en 14 establecimientos de salud, entre Hospitales e Institutos de Lima y Callao. Para una nueva etapa se suman 13 establecimientos, alcanzando 27 establecimientos en los que se intervendrá desarrollando aspectos de calidad.

Aseguramiento:

- En noviembre del año 2012, se aprobó el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, denominado “Plan Esperanza”, aprobado con Decreto Supremo N° 009-2012-SA.
- Se realizó el taller del costeo de las 31 prestaciones a intercambiar en base a la estructura única de costos aprobada, lográndose capacitar a 20 profesionales,

entre representantes de estrategias sanitarias y personal de establecimientos de salud de la DISA II Chanca – Andahuaylas.

Supervisión integral nacional:

- Se realizó supervisiones integrales nacionales a 09 DIRESA/GERESAS: Callao, Arequipa, Ancash, Lambayeque, La libertad, Huánuco, Cusco, Tacna y Amazonas.

Monitoreo del desempeño de la gestión de los EESS:

- En cumplimiento de la Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP-V.01, "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de los Establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de Atención, aprobado con R.M. N° 572-2011/MINSA, se realizó el Monitoreo del desempeño a 5 establecimientos de salud: 1 Instituto y 4 Hospitales de Lima: Instituto Nacional de Salud Mental, Hospital San Bartolomé, Hospital María Auxiliadora, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Hemilio Valdizán, obteniéndose como resultado el compromiso de los Directores Generales, equipos de gestión y equipos técnicos de los Institutos Nacionales y Hospitales, para la elaboración e implementación de los planes de mejora del desempeño de la gestión de hospitales e institutos en el corto, mediano y largo plazo.

Cogestión y participación ciudadana en el primer nivel de atención:

- Se brindó asistencia técnica presencial en la capacitación de funcionarios, coordinadores regionales, personal de salud y miembros del consejo directivo de las CLAS, con el objetivo de fortalecer sus capacidades en el marco normativo de la Ley N° 29124 y su Reglamento aprobado con D.S. N° 017-2008-SA, a la DIRESA Ica, DIRESA Madre de Dios, DISA Lima Este, DISA Lima Sur.
- Se llevó a cabo el Encuentro Nacional 2012: "Evaluación de la Adecuación de la Cogestión e Intercambio de Experiencias entre establecimientos de salud del primer nivel de atención, en el marco de la Ley N° 29124 y D.S. N° 017-2008-SA", con participantes de las DIRESAS, GEREAS y DISAS, así como representantes de los Gobiernos Regionales.

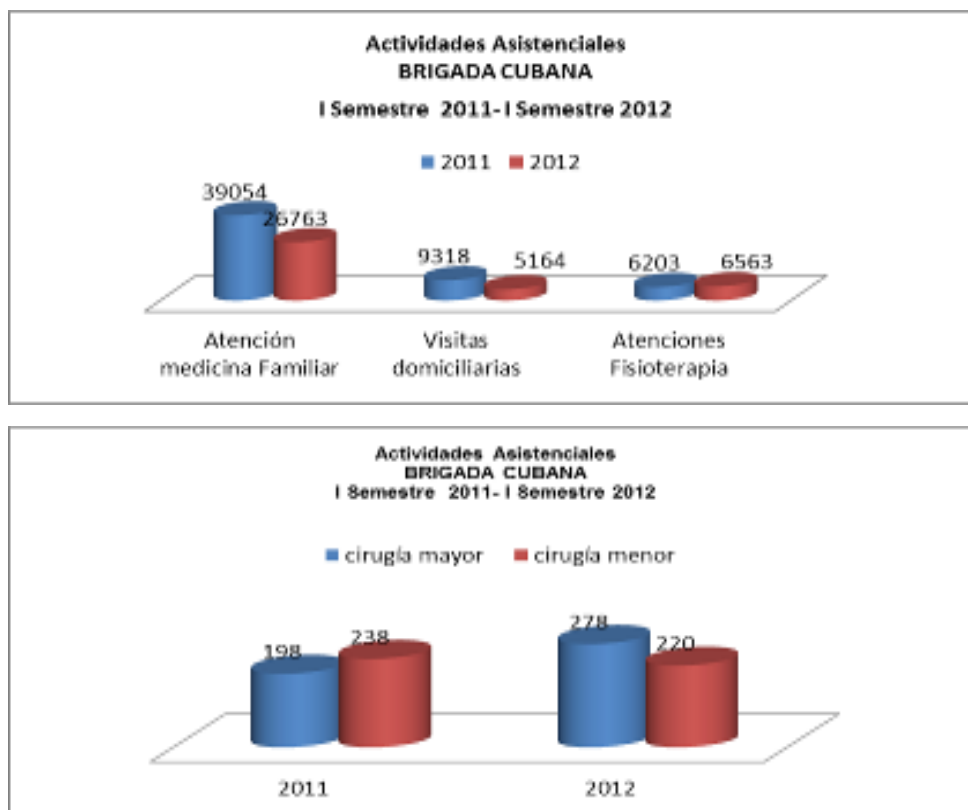
 **SALUD FAMILIAR**

➤ **LOGROS SANITARIOS:**

Convenio Médico – Brigada Cubana

De la Meta Física anual 2012 programada 150,000 Atenciones de consultas externas, se han realizado 97,659 atenciones, lográndose alcanzar el 65% de la meta programada, fortaleciendo 02 redes: Red Sócota (Cajamarca) y Red Pisco (Ica), beneficiándose a un total de 1, 812 Familias.

Grafico 1



➤ **LOGROS DE GESTION:**

Asistencias Técnicas:

1118 profesionales entre Médicos, Enfermeras, Obstetras, técnicos y entre otros mejoran su competencia mediante 44 Asistencias Técnicas en la atención integral basada en familia y comunidad, a las regiones de Ancash, Amazonas, Apurímac, Apurímac II, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Callao, Lima Sur, Lima Provincias, Lima Este y Lima Ciudad.

Implementación de la Atención Integral basada en Familia y Comunidad:

- 18 Regiones y 03 DISAS con prestaciones en las familias.

- Población Beneficiaria: 86,890 familias y 347,560 habitantes.

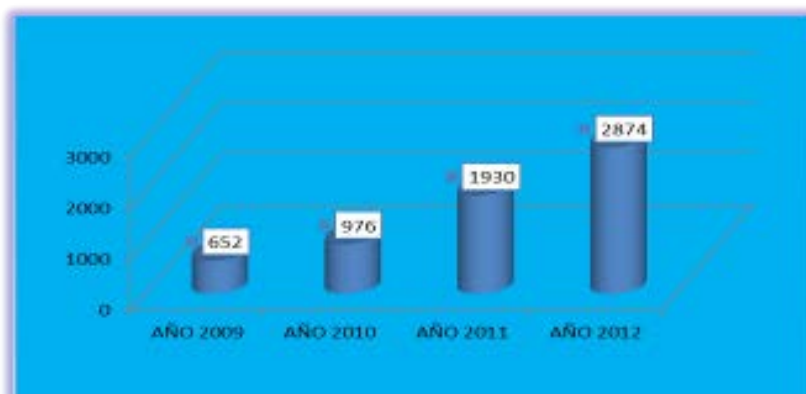
REGIONES	FAMILIAS BENEFICIADAS
LIMA REGION	3, 860 Familias – F3
LIMA SUR	5 600 Familias – F3
LIMA ESTE	17 000 Familias – F3
LIMA CIUDAD	2 784 Familias – F3
CALLAO	1 812 Familias – F2
AMAZONAS	20 Familias - F2
APURIMAC	17 000 Familias - F2
AYACUCHO	146 Familias – F2
CUSCO	1 152 Familias – F2
HUANCAVELICA	8 552 Familias - F2
HUÁNUCO	888 Familias - F2
ICA	1 812 Familias – F3
LAMBAYEQUE	8 289 Familias – F4
LORETO	13 089 Familias - F2
PASCO	1 082 Familias - F2
UCAYALI	3 804 Familias - F2

Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM):

Con el Apoyo Técnico de la OPS/OMS se ejecutó la Fase 1 (Diplomado) del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar (PROFAM), en alianza con Direcciones Regionales de Salud de Lima, Callao y Ayacucho y las Universidades: Nacional Mayor de San Marcos, Peruana Cayetano Heredia y la Nacional San Luis Gonzaga de Ica; durante este periodo se capacitaron 147 Profesionales – Técnicos (Médicos: 48, Enfermeras: 34, Obstetras: 31 y Técnicos de Enfermería: 34) de 30 Equipos Básicos de Salud, de 6 Redes y 22 Microredes, pertenecientes a la DIRESA Lima, DIRESA Callao, DIRESA Ayacucho, DISA Lima Ciudad, DISA Lima Este, DISA Lima Sur.

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

➤ LOGROS SANITARIOS:

INCREMENTO DE LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS A NIVEL NACIONAL

Servicios Intramurales: 2,401 horarios diferenciados, 286 ambientes exclusivos, 2 servicios especializados. Servicios extramurales: 71 Coordinados con instituciones educativas, 82 servicios móviles para atención integral. Centros de Desarrollo Juvenil 32. El incremento de los servicios diferenciados se ha debido al trabajo del nivel nacional en coordinación con el nivel regional.

INCREMENTO DE LAS ATENCIONES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A NIVEL NACIONAL

SIS: ATENCIONES POR GRUPOS DE EDAD - ENERO – SETIEMBRE 2012/2011

CONCEPTOS		Enero - Setiembre		VAR %
		2011	2012	
Etapa de Vida	Grupos de Edad	21 201 456	21 861 795	3.1%
Niños	De 0 a 4 años	7 596 371	6 886 742	-9.3%
	De 5 a 11 años	2 453 918	2 952 157	20.3%
Adolescentes	De 12 a 17 años	1 718 139	1 914 938	11.5%
Adultos	De 18 a 29 años	3 893 322	4 060 610	4.3%
	De 30 a 59 años	4 345 874	4 642 844	6.8%
Adulto Mayor	De 60 y más años	1 193 832	1 404 504	17.6%

Se observa un incremento en las atenciones que va en relación directa con el mayor cumplimiento de las atenciones integrales, prioritariamente en la etapa de vida adolescente, donde está normalizado tres sesiones para lograrlas.

➤ LOGROS DE GESTIÓN:**Documentos normativos:**

- Aprobación de la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven con la R.M. N° 944-2012/MINSA, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de la y el joven mediante la atención integral de salud.

- Aprobación de la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente con la R.M. N° 973-2012/MINSA, con la finalidad de contribuir a la Atención Integral de Salud de calidad para las y los Adolescentes, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad.

Reuniones multisectoriales:

La articulación multisectorial es una herramienta básica para el logro de objetivos. Los gobiernos no pueden hacer por sí solos todo lo que se necesita para proteger y promover la salud y el desarrollo de la adolescencia y juventud. La sociedad civil, los subsectores del gobierno, los cooperantes, las ONG, los colegios profesionales, las instituciones educativas en todos sus niveles, los grupos religiosos y el sector privado tienen un rol que desempeñar. Identificar a estos actores y articular acciones será clave para la abogacía y el logro del desarrollo de planes y programas.

- III Feria de Experiencias Exitosas a favor de jóvenes y adolescentes: “Una Mirada al Presente” 10 de Agosto. 46 presentaciones de entidades públicas y privadas.
- Reunión multisectorial: “Validación de los Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes”, 30 de Noviembre de 2012. 98 representantes.
- Presentación del Documento Técnico: “Recopilación de Experiencias Exitosas en Relación a la Atención Integral de Salud de Adolescentes y Jóvenes. 07 de Diciembre de 2012. 200 representantes.

 **ETAPA DE VIDA ADULTO**

- Aprobación del Proyecto de investigación “Estado de Salud, Bienestar y Envejecimiento de las Personas Adultas Mayores – SABE Perú 2012-2013”, que tiene como objetivo conocer el estado de salud, bienestar y envejecimiento en las personas adultos mayores en el Perú, así como obtener los conocimientos necesarios para promover una mayor longevidad satisfactoria.
- 83 profesionales entre Médicos, Enfermeras y otros mejoran su competencias, mediante 15 asistencias técnicas para el fortalecimiento de la Atención Integral de Salud Etapas de Vida Adulto, Adulto Mayor – MAIS BFC, con la finalidad de fortalecer las competencias adecuadas y necesarias para brindar un servicio de salud eficiente y de calidad garantizando el acceso a la atención, el cuidado y el aseguramiento para toda la población a la población adulta y adulta mayor. Las asistencias Técnicas se realizaron en regiones priorizadas: Moquegua, Huancavelica, Ayacucho, Región Lima, Madre de Dios.

- En el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Inclusión Social – MIDIS – Pensión 65, el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud - SIS, se han realizado campañas de atención de salud (con participación de Salud Mental, las Estrategias Sanitarias de Salud Bucal, Daños no Transmisibles, Inmunizaciones entre otras) a las personas adultas mayores beneficiarias de Pensión 65 en 09 regiones del país, beneficiándose de estas campañas de salud 9,888 personas adultas mayores.

Campañas de atención de salud para las personas adultas mayores

Beneficiarios de Pensión 65 -2012

Mes	Región	Provincia	N° de PAM
Agosto	Apurímac	Abancay	1064
Setiembre	Ayacucho	La Mar	425
Octubre	La Libertad	Sanchez Carrión	750
	Ayacucho	Huanta	980
	Pasco	Pasco - Huariaca	200
	Puno	Sandia - Limbani	95
	Huánuco	Huánuco - Santa María del Valle	350
	Ayacucho	Huamanga Cangallo	455 594
Noviembre	Huánuco	Ambo - San Rafael	432
Diciembre	Huancavelica	Churcampa	808
	La Libertad	Pataz	1101
	Huánuco	Dos de Mayo	1480
	Amazonas	Utcubamba	1154
Total adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 atendidos			9,888

Círculos/Clubes de Adultos Mayores a nivel nacional

- Actualmente vienen funcionando 1,268 Clubes/Círculos de adulto mayores a nivel nacional. Los Clubes/Círculos es una estrategia de intervención en los establecimientos de salud donde se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños a su salud; asimismo realizan actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo y productivo.

Círculos/Clubes de Adultos Mayores a nivel nacional

MINISTERIO DE SALUD		
CIRCULOS /CLUBES DE ADULTO MAYOR		
	REGIÓN	N° de CAM
1	AMAZONAS	50
2	ANCASH	78
3	APURIMAC	131
4	AYACUCHO	84
5	CAJAMARCA	99
6	CALLAO	5
7	CUSCO	23
8	HUANCAVELICA	32
9	HUANUCO	6
10	ICA	5
11	JUNIN	21
12	LA LIBERTAD	22
13	LAMBAYEQUE	17
14	LIMA REGION	15
15	LORETO	80
16	MADRE DE DIOS	9
17	MOQUEGUA	59
18	PASCO	9
19	PIURA	39
20	PUNO	204
21	SAN MARTIN	37
22	TACNA	25
23	TUMBES	43
24	UCAYALI	31
25	LIMA CIUDAD	71
26	LIMA ESTE	25
27	LIMA SUR	48
	Total	1,268

- Implementación en el primer nivel de atención de la Red Villa María del Triunfo de la DISA Lima Sur el primer Servicio Diferenciado para la Atención Integral Geriátrica – Gerontológica de las Personas Adultas Mayores denominado “Tayta Huasi” con atención geriátrica, gerontológica, ginecología, oftalmología, medicina general, odontología, psicología, nutrición, medicina física y rehabilitación, farmacia, laboratorio, SIS y su Club del Adulto Mayor que realiza actividades de preventivo promocionales y educación para la salud a sus integrantes.

En DISCAPACIDAD

- Diseño y aprobación del Programa Presupuestal para la Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad 2013-2015, el cual mejorará la oferta de servicios de Medicina de Rehabilitación Integral a las Personas con Discapacidad menores de 30 años en cinco regiones priorizadas: Tumbes, Ica, Ayacucho, Lima Metropolitana y Callao.
- Validación del Programa Presupuestal en Región Piloto “Tumbes Accesible”, responde a la necesidad de realizar una intervención integral en la Región que permita mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de Tumbes y sus familias, articulando las estrategias de atención y prevención de los niveles de gobierno y los sectores salud, educación, vivienda, trabajo.
- De noviembre a diciembre del 2012, se realizó la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, la cual está orientada a conocer la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados, y la medida en la que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de su vida, así mismo conocer sus necesidades a fin de diseñar e implementar políticas para su atención.
- Se ejecutó la “Reunión Nacional de Evaluación de las Intervenciones de la Discapacidad y Seminario Taller de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y su Implementación en el Programa Presupuestal para la Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad”, la misma que contó con la participación de Médicos Especialistas en Rehabilitación y Coordinadores de Discapacidad de las regiones priorizadas, Médicos Rehabilitadores Jefes de los Departamentos y/o Servicios de Rehabilitación de los Hospitales de la Ciudad de Lima, logrando fortalecer a 91 profesionales de la salud en la evaluación de las intervenciones sanitarias en el tema de discapacidad.
- Fortaleciendo las capacidades a más de 100 profesionales de la salud en el tema de Discapacidad a la región de Tumbes (CS Zorritos, Canoas de Punta Sal, Casitas, Matapalo y Zarumilla, con la participación conjunta diferentes sectores MIMP – CONADIS, Educación, EsSalud, Defensa y Otros. Mediante 05 Asistencias Técnicas.

 PRONAHEBAS (PROGRAMA NACIONAL DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE)

Asistencia Técnica y Capacitación a nivel nacional:

En el marco del fortalecimiento de la gestión de las Intervenciones Sanitarias, AUS y Descentralización, se realizaron Asistencias Técnicas de Gestión para la implementación de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre centralizados a nivel nacional. De igual modo, se realizó actividades educativas para fortalecer las capacidades del personal que labora en los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional, que se detallan a continuación:

ACTIVIDAD ENERO A DICIEMBRE 2012	1er Trim.	2do Trim.	3do Trim.	4do Trim.
Supervisión y Asistencia Técnica	DIRESA Callao	DIRESA Amazonas DIRESA Lima Sur DIRESA Lima Ciudad Hospital María Auxiliadora Instituto Nacional de Salud del Niño DIRESA Moquegua		DIRESA Loreto DIRESA Ucayali DIRESA Ayacucho DIRESA Lambayeque
Capacitación y Fortalecimiento de Capacidades		DIRESA Huaraz - Ancash	DIRESA Cajamarca	DIRESA Huaraz - Ancash
Compromiso de Gestión y PpR				DIRESA Huánuco DIRESA Cusco

FUENTE: PRONAHEBAS/DGSP/MINSA 2012

En las visitas de asistencia técnica se puso énfasis en la organización regional de los Bancos de Sangre, basado en la centralización regional de los Bancos de Sangre tipo II como parte de un sistema más eficiente y eficaz de provisión de sangre en condiciones de seguridad y oportunidad.

Ante ello se ha realizado visitas de abogacía en los espacios regionales para la construcción de Bancos de Sangre Regionales Centralizados, teniendo como resultado a la fecha la red regional de Bancos de Sangre de San Martín, conformada por el Banco de Sangre centralizado de San Martín y su relación dinámica con los Centros de Hemoterapia tipo I, públicos y privados de la región y la construcción del Banco de Sangre centralizado de Ayacucho.

De otro lado en las regiones de Junín y Amazonas se ha iniciado la construcción del Banco de Sangre centralizado regional, en las regiones de Tumbes y Apurímac se debe estar haciendo lo propio en el transcurso del año.



Banco de Sangre Centralizado de San Martín



Banco de Sangre Centralizado de Ayacucho

En Salud Ambiental

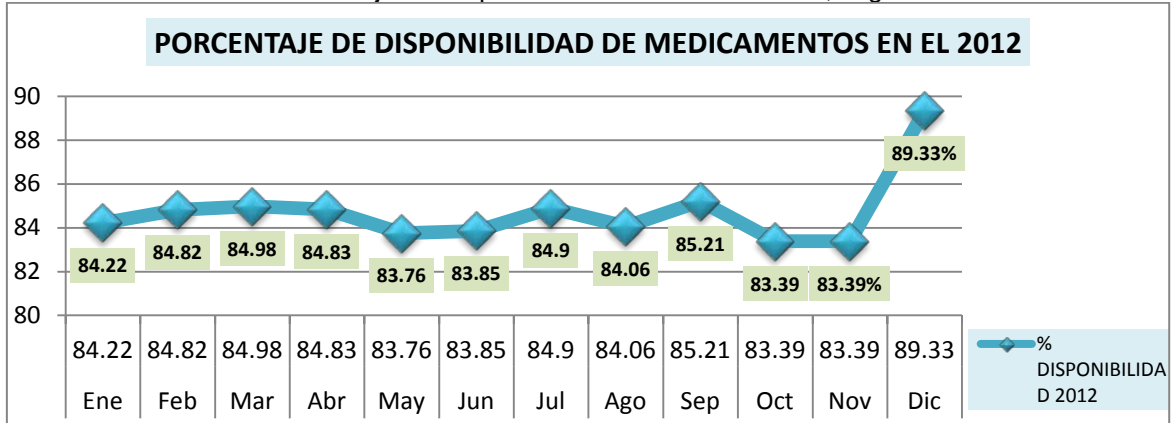
Se aprobaron las siguientes normas:

- ✓ Modificación de la Norma Sanitaria para la Fabricación de Alimentos a base de Granos y Otros, destinados a Programas Sociales de Alimentación, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 774-2012/MINSA.
- ✓ Norma Sanitaria para los Servicios de Alimentación en Establecimiento de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 749-2012/MINSA.
- ✓ "Guía Técnica para Estandarizar los Procedimientos de la Fase de Ejecución de la Campaña de Vacunación Antirrábica Canina (VAN CAN)", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 035-2012/MINSA.

En Medicamentos:

La disponibilidad es uno de los elementos esenciales para garantizar el acceso de medicamentos, por lo que su análisis en sus diversas dimensiones es fundamental. La medición mensual de la disponibilidad durante el año 2012 estuvo en el rango de 84% a 89% con un promedio anual de 84.79% a nivel nacional, según se muestra en el siguiente gráfico.

Evolución del Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos, según clasificación¹



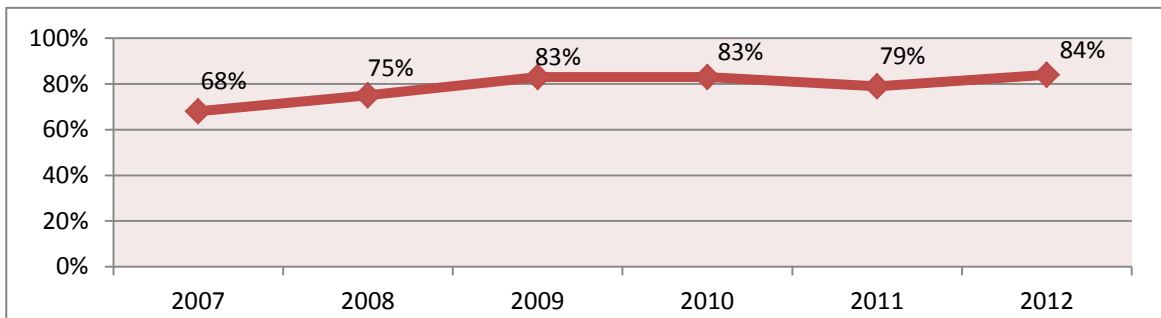
Fuente: Sala de Situación de Acceso (valor a Dic. 2012)

El resultado indica que casi se ha alcanzado la meta programada para el 2012 cuyo estimado era de 85%.

En general, se evidencia un incremento del nivel de disponibilidad de 6.27 puntos porcentuales respecto al alcanzado en el año 2011, periodo en el que se alcanzó una disponibilidad de 78.52. Sin embargo, aún persisten limitaciones y deficiencias en la gestión de suministro de medicamentos. Para precisión, los rangos de disponibilidad están agrupados en tres niveles: Aceptable, crítico y no aceptable².

En el siguiente gráfico se observa la evolución del indicador de disponibilidad en el transcurso de los últimos seis años.

EVOLUCION DEL INDICADOR DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS



Una de las principales estrategias para mejorar la disponibilidad de medicamentos y por ende mejorar el acceso, son las compras corporativas, desde el año 2003 al 2011

¹ La clasificación se efectúa por observación del estado del conjunto de productos farmacéuticos en un establecimiento farmacéutico cuya disponibilidad es mayor a un mes de consumo y en condiciones óptimas para su consumo. Dependiendo del porcentaje de estos productos disponibles la clasificación puede ser: Nivel Óptimo de disponibilidad ($\geq 90\%$), nivel Regular ($\geq 70\%$ y $< 90\%$) y Nivel Bajo $< 70\%$.

² **Disponibilidad Aceptable:** Estado o situación de un medicamento de encontrarse físicamente en un establecimiento de salud en una cantidad entre 1 y 6 meses de consumo mensual promedio y en condiciones óptimas para su uso.

Disponibilidad Crítica: Estado o situación de un medicamento de encontrarse físicamente en cantidad menor a un mes de consumo mensual promedio o encontrarse con stock cero.

Disponibilidad No Aceptable: Estado o situación de un medicamento de encontrarse físicamente en un establecimiento de salud en una cantidad mayor a 6 meses el consumo mensual promedio y en condiciones óptimas para su uso.

se han llevado a cabo ocho compras corporativas con integración progresiva de entidades tanto del Ministerio de Salud como otras del sector.

Entre el 2006 y 2012 se realizaron procesos de compra corporativa según resumen en el siguiente cuadro. El monto ahorrado durante estos procesos asciende a 314 millones de soles, ahorro que viene empleándose para mejorar el stock de estos productos en los hospitales, centros y puestos de salud del país.

Resultados obtenidos en las Compras Corporativas ejecutadas por el MINSA

Año	Entidades Participantes	Nº Items Adjudicados	Valorizados (S/. MlIns)	Adjudic. (S/.MlIns)	Ahorro (S/. MlIns)
2006	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	188	190	150	40
2007	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	163	168	117	51
2008	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	168	88	50	38
2008	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE	286	191	175	16
2009	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ HOSP. MUNIC. LOS OLIVOS	206	178	137	41
2010	MINSA, ESSALUD, MINDEF, MININTER, INPE, HOSP. MUN. LOS OLIVOS, PARSALUD	221	303	843	89
2011	MINSA, ESSALUD, MINDEF, MININTER, INPE, HOSP. MUN. LOS OLIVOS Y SAN MIGUEL, BOMBEROS	201	224	185	39
TOTAL			1005	814	314

Nota: El MINSA como entidad, comprende a las DISA, DIRESA, GERESA, Hospitales Ejecutores y la misma sede central, siendo alrededor de 130 unidades ejecutoras a nivel nacional

Fuente: Informes POI.

La política nacional de medicamentos no solo considera la disponibilidad y el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, sino también la racionalidad en la prescripción, dispensación y uso de los mismos, en este contexto, en el año 2012 se programaron diferentes actividades orientadas a promover el uso racional las mismas que deben ser evaluadas en forma sistemática, permanente y periódica.

Para el Sistema Público de Salud, una de las estrategias para promover el uso racional de los medicamentos en el país es la elaboración del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). La elaboración del PNUME ha sido un proceso en el que han participado activamente las diferentes instituciones (MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales), priorizando los criterios de salud pública, así como la eficacia, seguridad, necesidad y costo de los medicamentos a ser incluidos. El PNUME actual, después de un proceso de revisión y actualización (febrero – octubre 2011), fue aprobado por R.M. N° 599-2012/MINSA, incluye 442 principios activos y 722 presentaciones farmacéuticas en 31 grupos farmacoterapéuticos. La progresión de inclusión de principios activos y presentaciones farmacéuticas en el PNUME se muestra en el siguiente cuadro.

Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales	AÑOS			
	2002	2005	2010	2012
Principios Activos	346	365	428	442
Presentaciones Farmacéuticas	513	578	662	722

Fuente: RM 1028-2002/DM, RM 414-2005/MINSA, RM 062-2010/MINSA y RM 599-2012/MINSA

En relación al uso racional de medicamentos (prescripción, dispensación y uso) se han realizado acciones a fin de mejorar la adherencia al PNUME y cumplimiento del uso de la Denominación Común Internacional (DCI) en las prescripciones; así como la venta de los medicamentos respetando la condición de venta establecida por la Autoridad Reguladora.

Para el año 2010, el valor promedio del indicador de prescripción era de 94.93%. Para el 2011 este valor llegaba a 94.7% y al primer semestre del 2012 el promedio llegó a 93.90 (éste valor muy por debajo del estimado de 96%), lo cual evidencia la necesidad de reorientar intervenciones para abordar los problemas identificados.

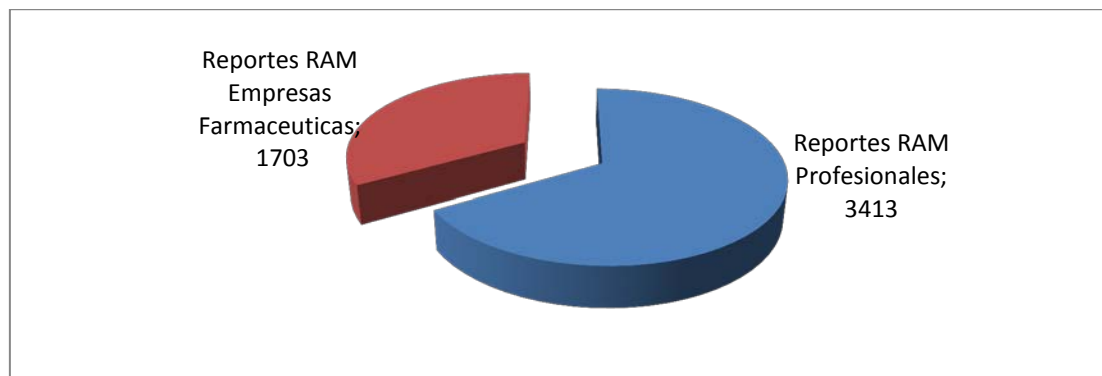
Promover la Fármaco –Vigilancia:

En la Política Nacional de Medicamentos se considera tres principales lineamientos de política, una de las cuales establece como propuesta la vigilancia de reacciones adversas a través del fortalecimiento del Sistema Nacional de Fármaco Vigilancia, en este sentido, a fin de contribuir con el fortalecimiento del sistema, año a año se realiza intervenciones especializadas como asistencia técnica a las diferentes Direcciones Regionales de Salud y al representante de Farmacovigilancia de la Dirección de Medicamentos de las Direcciones Regionales, para de esta manera tener un número mayor de reportes que permitan tomar decisiones acertadas en relación a la seguridad de los medicamentos.

A diciembre 2012 se tiene lo siguiente:

Periodo	Notificaciones RAM remitidas por empresas	Notificaciones RAM remitidas por profesionales	Total
2011	1403	3380	4783
2012	1703	3413	5116

Notificaciones de sospecha de RAM procedente de Profesionales de Salud y Empresas Farmacéuticas año 2012



Fuente: Base de Datos CNFV (VigiFlow)

REGULAR LA PRESENCIA DE PRODUCTOS ILEGALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS INTERVENIDOS

Como parte de las acciones para combatir el comercio ilegal, durante el año 2012 se realizó Operativos en establecimientos comerciales, consultorios, galerías comerciales dedicados al comercio ilegal de productos farmacéuticos y productos naturales, que representa un riesgo sanitario para la población, incautándose un total de 162,839 productos con diversas observaciones sanitarias tales como: en mal estado de conservación; fecha de expiración vencida; de procedencia de Instituciones Públicas; sin registro sanitario y procedencia desconocida.

En operativos conjuntos con las DISAS, Municipalidad, PNP y Ministerio Público; se intervinieron 39 establecimientos, se cerraron 21 y, se incautaron 28,806 productos por diversas observaciones sanitarias. Los establecimientos intervenidos fueron aquellos que representaban un mayor riesgo por estar ubicados en los alrededores de hospitales. Se intervino establecimientos ubicados en las cercanías a la Maternidad, Hospital María Auxiliadora y Hospital Vitarte.

FECHA	ASISTENCIA TÉCNICA	LUGAR	CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS INTERVENIDOS
16/02/2012	PNP Seguridad del Estado.	Galería Mega Aviación, ubicada en la Av. Aviación Cdra. 3 – La Victoria	Intervenidos = 8
15 y 16 de mayo 2012	DISA LIMA CIUDAD	Establecimientos ubicados alrededor del Hospital La Maternidad de Lima	Intervenidos = 9 Cerrados = 7
21 de mayo	DISA LIMA STE	Establecimientos ubicados alrededor	Intervenidos = 10

2012		del Hospital de Vitarte	Cerrados = 7
28 de mayo 2012	DISA LIMA SUR	Establecimientos ubicados alrededor del Hospital Maria Auxiliadora	Intervenidos = 12 Cerrados = 7
RESUMEN: El equipo de inspectores ECCI – DCVS, brindando Asistencia Técnica en 4 operativos, interviniéndose un total de 39 establecimientos.			

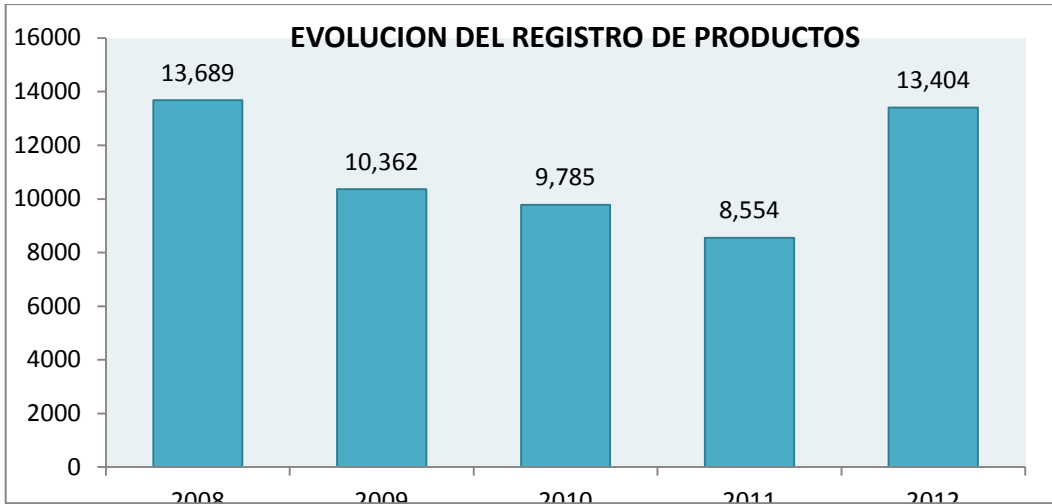
REGULAR EL REGISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para ser comercializados en el país deben ser debidamente registrados por la autoridad nacional de medicamentos (DIGEMID). El registro de estos productos se efectúa después de una evaluación de las características basadas en información proporcionada por los interesados, así como el cumplimiento de exigencias establecidas en la reglamentación vigente. En el año 2012 se otorgó 13,404 registros según se detalle:

PRODUCTOS REGISTRADOS – Año 2012

RUBRO	1er Sem	1do Sem	Total
Registro sanitario de Productos Farmacéuticos	751	1909	2,660
Registro sanitario de Dispositivos Médicos	2495	2420	4,915
Registro sanitario de Productos Sanitarios	2831	2998	5,829
Total	6077	7327	13,404

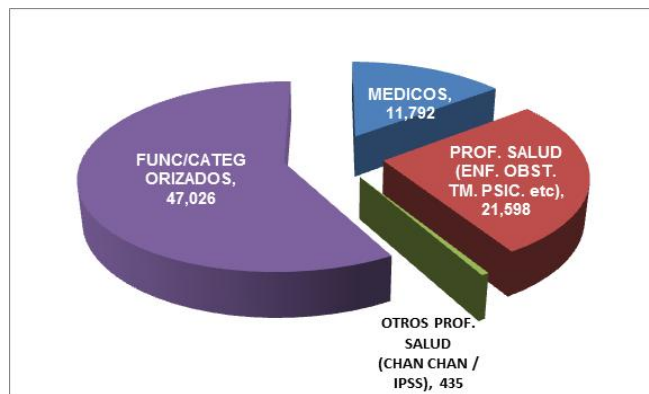
Si bien la tendencia del registro de productos en los últimos tres años venía disminuyendo, en este año se registraron 13,404 productos, que comparado con el mismo periodo del 2011 en el que se registraron 8,554 productos, refleja un incremento de alrededor de 64%. Este mayor resultado se explica por el fortalecimiento del área de registro de productos con la contratación de profesionales especialistas lo que ha permitido dar atención a solicitudes pendientes de atención de ejercicios anteriores.



En Recursos Humanos:

- El Sector Salud a nivel nacional, tiene al 30 de junio de 2012, unos 80,851 recursos humanos en salud, entre los Regímenes del Decreto Legislativo N° 276 (nombrados y contratados) y N° 1057 (contrato administrativo de servicios), distribuidos de acuerdo al detalle siguiente:

PEA A NIVEL NACIONAL - POR PLIEGOS Decreto Legislativo N° 276				
GRUPO OCUPACIONAL	MINSA	OPD	REGIONES	TOTAL GENERAL
	26,409	1,616	52,826	80,851
MEDICOS	4,770	120	6,902	11,792
PROF. SALUD (ENF. OBST. TM. PSIC.)	5,723	549	15,326	21,598
OTROS PROF. SALUD (CHAN CHAN / IPSS)	144	9	282	435
FUNC/CATEGORIZADOS	15,772	938	30,316	47,026



CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS

CAS	
DECRETO LEGISLATIVO N° 1057	
PLIEGOS	PEA
MINSA	15,583
OPD	372
REGIONES	31,151
TOTAL	47,106

- Se efectuó el nombramiento de profesionales médicos cirujanos, otros profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial, durante el período del 2012, en las Unidades Ejecutoras del Pliego 011 - Ministerio de Salud, Organismos Públicos y en las unidades ejecutoras de los Gobiernos Regionales, en el marco de las Leyes N° 28498, 28560 y 29682, logrando incorporarse a la Carrera Administrativa unos 4,845 servidores públicos, según detalle siguiente:

LEYES	PEA NOMBRADA	BENEFICIARIOS
28498	1418	ENFERMERAS, OBSTETRAS, TECNOLOGOS MEDICOS, CIRUJANOS DENTISTAS, PSICOLOGOS Y OTROS
28560	2896	TECNICOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, PERSONAL AUXILIAR ASISTENCIAL
29682	531	MEDICOS CIRUJANOS
TOTALES	4845	

- Quedando pendiente para el período 2013, el nombramiento unos 11,704 servidores:

PLIEGOS	LEY N° 28498 (25% PEAS)	LEY N° 28560 (55% PEAS)		LEY N° 29682 (25% PEAS)
		1era Etapa (25%)	2da Etapa (30%)	
PLIEGO 011 - MINISTERIO DE SALUD	326	1,255	1,506	317
OPDs	0	110	131	16
GOBIERNOS REGIONALES	1180	2836	3402	591
VRAEM	0	0	0	35
TOTAL	1506	4201	5039	959

- Se realizó proceso de la progresión en la carrera de los profesionales de la salud (médicos cirujanos, enfermeras, obstetras, tecnólogos médicos y otros), bajo la modalidad de ascenso automático excepcional por años de servicio, en el marco de lo dispuesto en la Ley N° 29951 y lo regulado en la Directiva N° 194-MINSA/

OGGRH-V.01, aprobada por Resolución Ministerial N° 998-2012-MINSA, en las unidades ejecutoras de salud del Ministerio de Salud, sus Organismos Públicos y de los Gobiernos Regionales.

- Se otorgó en el mes de diciembre del 2012, un bono extraordinario por trabajo médico y asistencial nutricional a unos 329 60 profesionales de la salud (de S/. 3 500,00 para los médicos cirujanos; y de S/. 2 500,00 para las enfermeras, obstetras, tecnólogos médicos y otros), conforme al siguiente detalle:

**COSTO DEL BONO PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD
NO MEDICOS
DEL MINISTERIO DE SALUD, OPDS Y REGIONES D.S. 269-2012**

PLIEGO / UNIDAD EJECUTORA	MEDICOS		OTROS PROFESIONALES SALUD		TOTAL	COSTO
	PEA	S/ 3500	PEA	2,500	PEA	
011 M. DE SALUD	3,924	13,734,000	6,345	15,862,500	10,269	29,596,500
OPDS	126	441,000	548	1,370,000	674	1,811,000
REGIONES	6,479	22,676,500	15,538	38,845,000	22,017	61,521,500
TOTAL	10,529	36,851,500	22,431	56,077,500	32,960	92,929,000

- Se gestionó una propuesta de iniciativa legislativa, lográndose incluir en la Ley N° 29951, la incorporación de diez (10) asignaciones extraordinarias por trabajo asistencial – AETA, equivalente a Trescientos y 00/0100 Nuevos Soles (S/. 300,00) en las remuneraciones de los profesionales de la salud no médicos y personal asistencial no profesional de la salud, a favor unos 62,571, según detalle siguiente:

PLIEGOS	Prof. Salud No Médicos	Asistenciales No Profes. Salud	Total
011 M. DE SALUD	6,442	12,477	18,919
OPS	582	666	1,248
REGIONES	15,901	26,503	42,404
TOTAL	22,925	39,646	62,571

A nivel del Pliego Ministerio de Salud, en el período 2012, se realizó pago a cuenta del total del monto devengado por el concepto de la bonificación especial dispuesta mediante el Decreto de Urgencia N° 037-94, a favor de 23,890, entre trabajadores y cesantes, correspondiente a las unidades ejecutoras del Pliego 011, organismos públicos y unidades ejecutoras de los gobiernos regionales, incluidos los casos con/sin sentencia judicial en calidad de cosa juzgada, conforme al siguiente detalle:

Pliegos	PEA	Con Sentencia 25	Sin sentencia 21	PEA	Pensionistas 22	Total PEA	Total

011 M. DE SALUD	16,292	18,432,520	49,997,540	7,598	25,302,260	23,890	93,732,320
Región		20,494,250	38,583,020		19,607,870	0	78,685,140
OPS		392,010	826,860			0	1,218,870
Total	16,292	39,318,780	89,407,420	7,598	44,910,130	23,890	173,636,330

- Se desarrolló el proceso de meritocracia en la selección por concurso para el cargo de Directores de Institutos y Hospitales del Ministerio de Salud; en el Primer Semestre 2012 se llevó a cabo el concurso para 14 cargos de Directores Generales y/o Ejecutivos, de los cuales dos (2) correspondían a Institutos y doce (12) a Hospitales. Dicho proceso ha permitido contar con profesionales formados en Administración de Salud o Gerencia de Servicios de Salud y con experiencia en cargos directivos, a fin que se realice una gestión técnica, eficiente y participativa.
- Por otra parte, para el desarrollo del fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos del Ministerio de Salud se aprobó el Plan de Desarrollo de Personas 2012, con Resolución Ministerial N° 519-2012/MINSA, en el cual se ha incorporado líneas de acción educativa, de acuerdo al diagnóstico de necesidades formuladas por cada unidad orgánica, orientados en la identificación de competencias laborales genéricas, con criterios de evaluación del desempeño; en el marco estratégico institucional establecido en el Plan de Desarrollo de Personas Quinquenal (2012-2016).
- En dicho contexto, a nivel de la Sede Central del Ministerio de Salud, se han beneficiado unos 862 servidores que representa el 36% entre el personal sujeto a los regímenes del Decreto Legislativo N° 276 y N° 1057; considerando que el Plan de Desarrollo de Personas 2012, fue aprobado el 26 de junio de 2012.
- A nivel del Pliego Ministerio de Salud, se efectuaron capacitaciones e inducciones al personal, en temas de Ley del Código de ética de la Función Pública, Ley de Transparencia y Acceso a la Información, así como los referidos a Delitos contra la Administración Pública.
- Se brindó asistencia técnica a los órganos de recursos humanos de las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales sobre procesos técnicos de administración y desarrollo del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, a través de los doce (12) Talleres de Reuniones Descentralizadas de la Gestión de Recursos Humanos; como resultado de ello, se han estandarizados los procedimientos de los subprocesos de Gestión de Recursos Humanos establecidos en el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA; así como, se ha logrado una mayor

objetividad en el monitoreo de las actividades educativas, haciendo uso de un Instrumento de Monitoreo de las acciones de Gestión de Capacidades, cuyo objetivo es la evaluación durante y después de cada actividad educativa.

- Se viene organizando y desarrollando campañas de estilos de vida saludables, a través de programas de prevención de salud y actividades de Salud Ocupacional, a fin de mejorar la imagen personal e institucional; mediante talleres, entre otros, de meditación, relajación, gimnasia laboral, cine fórum y recreativa (dancing) para trabajadores y adultos mayores del Sector Salud.
- Avances de mejora del Clima Organizacional del MINSa, entre ellas, se ha reestructurado la Institución Educativa Inicial “Dominguito Savio” (guardería-cuidado y formación educativo de los hijos de los trabajadores); habiéndose conseguido que a través de su administración directa se eleve no sólo el nivel educativo de los alumnos sino el nivel de satisfacción del personal.
- Se brinda servicios asistenciales que viene mejorando y diversificando en cuanto a la atención médica, odontológica, psicológica, nutricional y masoterapia, que beneficia a los servidores nombrados, contratados CAS y pensionistas, así como a los familiares directos e hijos de los servidores de la Administración Central.

Programa SERUMS

5,998 profesionales de la salud adjudicaron en plazas remuneradas en el SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL DE SALUD-SERUMS, beneficiando a las poblaciones de extrema pobreza, muy pobre y pobre a nivel nacional.

En el proceso SERUMS 2012-I-II, se ha logrado adjudicar 5,998 en plazas remuneradas y 4,420 en la modalidad equivalente, evidenciándose una cobertura de más del 95% en las plazas remuneradas, en las Regiones Ancash, Apurímac, Arequipa, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Puno, y Tacna; que en años anteriores presentaron problemas en la adjudicación de plazas.

CUADRO DE OFERTA Y COBERTURA DE PLAZAS REMUNERADAS Y EQUIVALENTES, POR DIRESA Y PROCESOS DE ADJUDICACION			
DIRESA	Remunerado		
	Oferta	Adjudicado	Cobertura
AMAZONAS	244	214	88%
ANCASH	310	293	95%
APURIMAC	476	450	95%
AREQUIPA	229	220	96%
AYACUCHO	485	428	88%
CAJAMARCA	454	423	93%
CALLAO (LIMA I)	14	14	100%
CUSCO	312	287	92%
HUANCAVELICA	473	380	80%
HUANUCO	319	302	95%
ICA	224	212	95%
JUNIN	352	333	95%
LA LIBERTAD	318	304	96%
LAMBAYEQUE	192	179	93%
LIMA (EX - LIMA III)	104	103	99%
LIMA CIUDAD (LIMA V)	11	11	100%
LIMA ESTE (LIMA IV)	18	18	100%
LIMA SUR (LIMA II)	22	21	95%
LORETO	273	154	56%
MADRE DE DIOS	108	92	85%
MOQUEGUA	100	92	92%
PASCO	208	185	89%
PIURA	364	337	93%
PUNO	382	374	98%
SAN MARTIN	253	229	91%
TACNA	83	82	99%
TUMBES	118	111	94%
UCAYALI	185	140	76%
Total general	6631	5988	90%

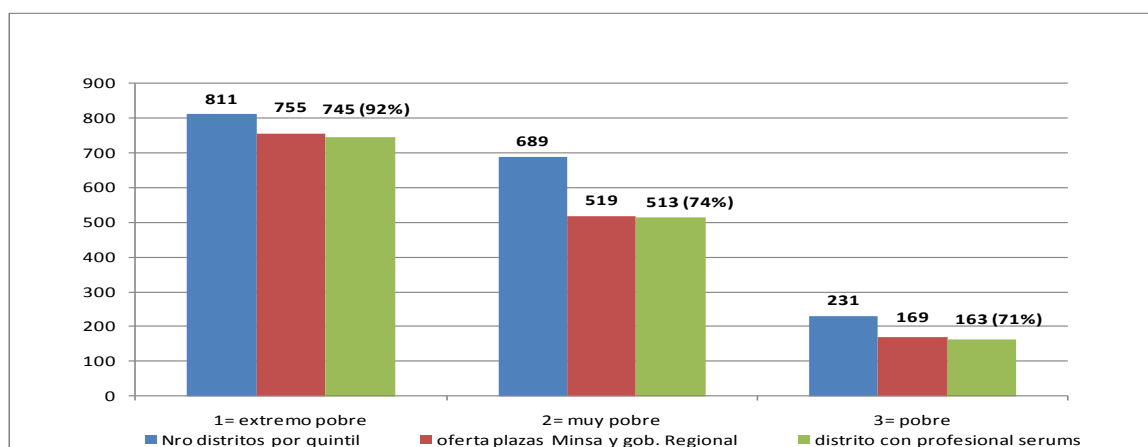
El 92% de los Distritos de Extrema Pobreza y el 82% de los Distritos Pobres del país, tienen profesionales SERUMS, que dan atención integral de salud.

En el año 2012, se aprecia un incremento de oferta de plazas SERUMS, así como el incremento del 3% más de profesionales de la salud que brindan servicios de salud en el 82% de los distritos de pobreza del país, siendo la mayor cobertura en los distritos de extrema pobreza (92%).

**OFERTA Y ADJUDICACIÓN DE PLAZAS REMUNERADAS SERUMS,
SEGÚN QUINTIL DE POBREZA 2011-2012**

Quintil	N° distritos por quintil	2012			2011			INCREMENTO AL 2012
		Oferta plazas MINSA y Gob. Regional	Distrito con profesional SERUMS	cobertura	Oferta plazas MINSA y Gob. Regional	distrito con profesional SERUMS	cobertura	
1= EXTREMO POBRE	811	755	745	92%	740	729	90%	2%
2= MUY POBRE	689	519	513	74%	492	491	71%	3%
3= POBRE	231	169	163	71%	155	154	67%	4%
TOTAL	1731	1443	1421	82%	1387	1374	79%	3%

COBERTURA DE DISTRITOS POBRES QUE CUENTAN CON PROFESIONAL SERUMS, AÑO 2012



- 373 profesionales de la salud peruanos egresados en el extranjero, se incorporan al SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL DE SALUD-SERUMS.

En el marco de la estrategia de promover el retorno e inserción laboral de peruanos graduados en el exterior, se logró incorporar a 373 profesionales de la salud peruanos egresados en el extranjero; para lo que, mediante la R.M. N° 710-2012/MINSA, se modificó, el reglamento del SERUMS facilitando la adjudicación de los profesionales egresados. Asimismo, se coordinó con la Asamblea Nacional de Rectores y el Colegio Médico del Perú para facilitar las gestiones de titulación y colegiatura de los profesionales egresados en el extranjero.

Adjudicación de profesionales de la salud egresados en el extranjero a plazas SERUMS 2012-II

DIRESA	INSCRITOS	Remunerado		Equivalente	
		Adjudicado	Cobertura	Adjudicado	Cobertura
MEDICINA	349	331	95%	15	4%
MEDICINA CON ESPECIALIDAD	15	11	73%	4	27%
OTRAS PROFESIONES DE SALUD	23	4	17%	8	35%
Total general	387	346	89%	27	7%
COBERTURA TOTAL		373 (96.4%)			

Fuente: Base de datos SERUMS-DGGDRH

En Proyectos de Inversión

- El principal logro es la culminación de 03 Hospitales (Regional de Ica, Santa María Del Socorro y San Juan de Dios de Pisco) por el monto de S/. 283,689,022 que han permitido beneficiar a una población de 536,340 habitantes y en Lima 01 Instituto emblemático (El Niño) que benefician directamente a 10,736,798 habitantes de las ciudad de Lima y Callao con una inversión de S/. 272,523,393.00
- Encontrándose en ejecución la construcción del pabellón para cuidados intensivos e intermedios, banco de sangre, unidad central de esterilización y servicio de alimentación central del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que beneficia a una población de 6,954,583 habitantes por la suma de S/. 17,976,711.
- En el presente periodo, se ha logrado dar inicio a la ejecución del Nuevo Hospital Emergencias - Villa El Salvador por el monto de S/. 199,650,046.00 que beneficiará a 603,354 habitantes y 01 Instituto (Instituto Nacional de Rehabilitación – II Etapa) por la suma de S/. 64,134,963; cuya culminación y puesta en funcionamiento está programa para fines del 2014.
- Asimismo, se convocó el 06 de julio del 2012 el Nuevo Hospital de Lima Este - Vitarte) mediante la modalidad de Llave en Mano, otorgándose la Buena Pro se otorgó el 28 de diciembre del 2012. El monto de inversión asciende a S/. 565,515,974 que beneficiará a 1,168,869 habitantes.

Consejo Nacional de Salud:

La Secretaria de Coordinación del Consejo Nacional de Salud (SECCOR) facilitó la reactivación de 05 comités nacionales: Inversiones, Derechos Humanos, Normas, Salud Mental y Medicamentos; los cuales han sesionado según el D.S. 004-2003 SA (Ley N°27813). Teniendo al culminar el año 2012 un total de 18 CN activos.

Asimismo, mediante la realización de las 03 Reuniones Técnicas Descentralizadas, logró:

1ra Reunión Técnica Descentralizada, realizada en la ciudad de Cusco, en el mes de marzo:

- Apurímac: Juramentación de los Presidentes de los 07 Consejos Provinciales de Salud e iniciar el proceso de organización para la Evaluación y Formulación del Plan Regional Concertado de Salud desde el nivel local.
- Arequipa: Reactivar 03 Consejos Provinciales de Salud.
- Cusco: Conformación del Consejo Provincial de Espinar y han presentado a la Municipalidad de Espinar, 05 propuestas sanitarias para la mesa de diálogo.

2da Reunión Técnica Descentralizada, realizada en la ciudad de Lambayeque, en el mes de agosto:

- Tumbes: Conformación Contralmirante Villar y reactivación del CPS Zarumilla. El CRS se ha consolidado como el ente consultivo técnico del Gobierno Regional en el sector Salud de la Región Tumbes.
- Cajamarca: Conformación de los CPS San Marcos y Cajabamba.
- Lambayeque: Diseño de la Propuesta metodológica para la elaboración del Plan Concertado Regional de Salud 2013-2021 en base a la evaluación del Plan participativo regional 2006-2010.
- San Martín: Reactivación del CRS.

3ra Reunión Técnica Descentralizada, realizada en la ciudad de Tacna, en el mes de noviembre:

- Las Secretarías de Coordinación a nivel Regional desarrollaron habilidades metodológicas para la identificación de Prioridades Sanitarias según estas tres dimensiones: i) Daños, ii) Problemas en el Sistema o Servicios de salud y iii) Problemas en los Determinantes Sociales de la Salud.

En Comunicaciones

- Se realizó el Lanzamiento de la semana de maternidad saludable y segura en el Perú con el lema: “Con una Maternidad Saludable y Segura el Perú progresa y desarrolla”, actividad fue realizada el 20 de mayo en la ciudad del Cusco y se efectuó la producción de un spot de televisión que se difundió en Canal 4, 2 y 9, así como materiales comunicacionales como afiches, dípticos, volantes, stickers, carillas, banners y banderolas. Participaron: DIRESA Cusco y representantes de las DIRESAs de Puno, Apurímac, Ica y Tacna, así como de la OPS/OMS y del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Se logró la participación de un total de 1000 personas en el lanzamiento.
- En el marco de la “10° Celebración de la Semana de Vacunación en las Américas”, se elaboró el Plan de Comunicaciones con la programación de actividades alusivas y se imprimieron materiales informativos comunicacionales (afiches, volantes, banner, banderola, sticker, cartillas) que fueron distribuidos en Lima y Callao, así como en Tumbes donde se realizó el lanzamiento de la campaña, a la cual asistieron más de 2 mil personas.
- Difusión de medidas preventivas a través de la impresión y distribución de materiales comunicacionales como parte de la campaña “Verano Saludable 2012”, (afiche calendario, banner, banderola, díptico, sticker, polo, gorro, entre otros) que fueron repartidos a los choferes de diversas unidades de transporte.



Se aprovechó la actividad de Verano Saludable para que “Súper Sano”, personaje del Minsa, entregue material informativo de prevención de enfermedades en las vías que conducen a las playas del sur.



- En el marco del Día Mundial de Lavado de Manos, se realizó una feria educativa / informativa en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) y la DISA V Lima Ciudad. Durante la actividad se difundió material

comunicacional y merchandising alusivo a la campaña en la que participaron 200 personas.

- En el marco de la Ley de Publicidad estatal Ley N° 28874, la Oficina General de Comunicaciones elaboró la propuesta del “Plan de Estrategia de Publicidad 2012”; que tiene como objetivo desarrollar e implementar campañas publicitarias en medios masivos de comunicación, promoviendo una cultura preventiva en salud, mediante el posicionamiento de mensajes que orienten e informen al público objetivo sobre hábitos para lograr una vida saludable. El Plan de Estrategia de Publicidad 2012, contempló la difusión de 14 campañas sanitarias, en radio y televisión.

En Sistemas de Información:

- La gestión ha dado un gran impulso al uso de las Tecnologías de la información y Comunicación como una estrategia para lograr la Inclusión Social en los lugares más alejados del país a través de la Telesalud y los sistemas de información integrados. En ese contexto, se han alineado una serie de estrategias para el desarrollo de tecnologías al servicio de la salud, las cuales están enfocadas principalmente en:

Implementación del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea a nivel nacional.- A fin proporcionar coberturas de servicios a la población es necesario ante todo su identificación, por lo que se ha desarrollado el Sistema del Registro del Certificado de Nacido Vivo En Línea, el mismo que viene siendo implementado en trabajo conjunto con el RENIEC. La importancia que tiene el sistema Web desarrollado es que nos permite identificar a la madre en la sala de partos en tiempo real, así como el registro de los primeros datos del recién nacido, acortando la brecha de no identificados, requisito indispensable para lograr el Aseguramiento Universal en Salud. Este sistema además comprueba la identificación del personal de salud en tiempo real por lo que es un frente contra actos dolosos como mafias de tráfico de niños y falsos títulos de profesionales de salud. Aplicativo oficializado con R.M. N° 148-2012/MINSA y ámbito a nivel de todo el sector salud.

La automatización del Certificado de Nacido Vivo En Línea es la base de la Historia Clínica Electrónica

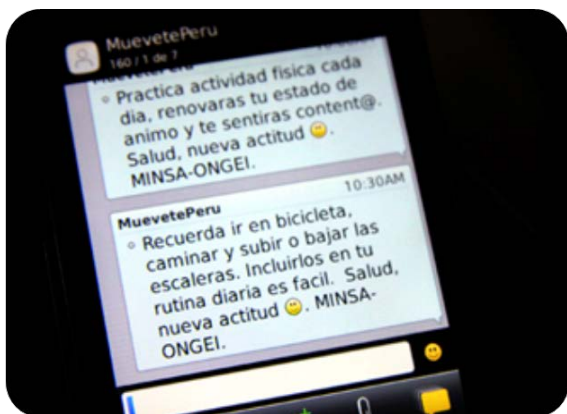


- **Certificado de Nacido Vivo En Línea**
- **Implementación Iniciada en Marzo del 2012**
- **A Diciembre del 2012, mas de 80,434 nacimientos registrados en línea, en 83 establecimientos públicos y privados de Lima, Callao y regiones.**

Tecnologías móviles. – Utilizamos las tecnologías móviles como herramienta para acceder a mayor población. Así, estamos utilizando las tecnologías móviles a través de mensajes de texto con la finalidad de brindar información de prevención y promoción de salud directamente al ciudadano. En enero del año 2012, comenzó el programa “Muévete Perú Móvil” de envío de mensajes de texto para la promoción de actividad física. Actualmente se ha desarrollado el programa “Cuida tu Salud Móvil”, programa de prevención del cáncer a través de mensajes de texto personalizados a celulares.

Programa “Muévete Perú Móvil”

Programa “Cuida tu Salud Móvil”



- *Campaña de Promoción de Actividad Física “Muévete Perú Móvil” iniciada en enero del 2012 a estudiantes universitarios de Lima y Callao. Más de 63,000 mensajes de texto enviados a 3,656 estudiantes universitarios.*
- *Campañas de Cuida tu Salud móvil, iniciada en noviembre del 2012 con uso de tecnología SMS a nivel nacional. Con un promedio de 2,190 mensaje enviados a 219 personas.*

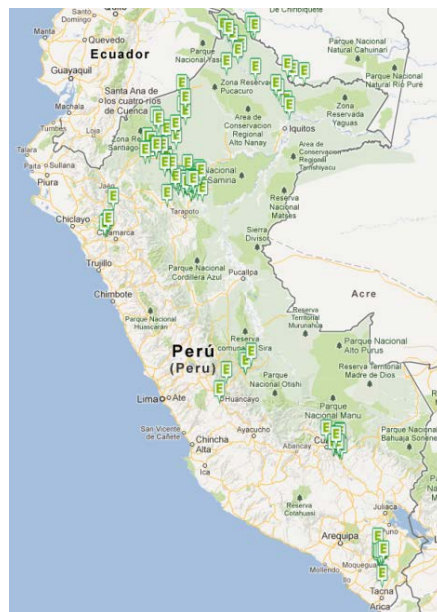
Adicionalmente el MINSA implementó **GeoMINSA**, un sistema de georeferenciación de los establecimientos de salud a nivel nacional de acceso abierto. Se visualiza la ubicación específica de los establecimientos de salud, (Departamento, Distrito, dirección física, categoría de los EESS, tipo de EESS pública o privada) de manera dinámica. También es posible visualizar un mapa de riesgo epidemiológico, proyectos de inversión del sector salud, proyectos de salud, establecimientos de salud estratégicos y priorizados así como la descarga de mapas de establecimientos de salud. El GeoMINSA puede ser visualizado desde cualquier explorador Web y terminal (Fijo y Móvil).



Telesalud.- Se viene reforzando el uso de la Telesalud para el Ministerio de salud que permite disminuir las brechas de acceso a servicios de salud especializados e información de salud para los ciudadanos. Actualmente algunos establecimientos de salud de las Regiones cuentan con un sistema de videoconferencia que permite prestar servicios de consultas a distancia con especialistas de Lima y provincias. Entre ellos cabe destacar: el Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con un sistema de videoconferencia para uso clínico obstétrica y neonatal el cual se interconecta con una red de establecimientos de salud de Iquitos (Loreto), Trujillo (La Libertad), Huancayo (Junín) y Arequipa. Además, se tiene implementado en la Región Tumbes el proyecto de telemedicina mediante tele-electrocardiografías conectando a cuatro microredes de salud: Corrales, Zarumilla, Pampagrande y Zorritos. Finalmente, destacamos la Red Binacional Andina de Telemedicina Rural en la cuenca del Rio Putumayo y que interconecta ocho establecimientos de salud de Loreto y que ofrece servicios de tele-ecografías.



Instituto Nacional Materno Perinatal



Georeferencia de los proyectos de Telesalud en el país

Implementación de sistemas de información.- Durante el año 2012, se automatizó procesos de información administrativo y asistencial necesarios para la toma de decisiones del Ministerio de Salud los cuales permiten contar con información oportuna y de calidad.

Los sistemas y/o aplicativos desarrollados son:

- Aplicativo de registro de la ficha de pacientes perteneciente al Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad TARGA.
- Aplicativo para la publicación de convocatorias CAS.
- Aplicativo de evaluación de directores por DISA.
- Aplicativo de unificación de información de personal a nivel nacional para el costeo del presupuesto a incurrir en el DU 037-1994-PCM
- Aplicativo para el registro y control de Comunidades Terapéuticas. La validación del aplicativo se realizó en Pucallpa, donde se validó el registro y obtención de información en tiempo real.
- Servicio Web para que SUNASA consuma información de establecimientos de salud del RENAES.
- Diseño y monitoreo del Tablero de mando (PENTAHO) para la toma de decisiones en la gestión del MINSa
- Sistema de Egresos y Emergencias – SEEM.
- Nueva versión del software HIS a través de una consultoría, la cual permite el registro de la admisión y consulta externa de los establecimientos de salud que lo usen.

Estandarización de información estadística en salud, los cuales permiten evaluar y monitorizar la información estadística en salud, realizando las siguientes acciones:

- *Estandarización del registro y codificación de actividades en la atención de Consulta Externa del Sistema de Información HIS.-* Se implementó y difundió los manuales de Registro y Codificación de Actividades en la atención de Consulta externa de las estrategias de inmunizaciones, contaminación por metales pesados, Salud Mental, no transmisibles, salud ocular, Salud sexual materna y reproductiva, zoonosis, VIH/SIDA, prevención de cáncer y las etapas de vida niño, adolescente y promoción de la salud. Estos manuales son la piedra angular para mejorar la calidad de datos, fiabilidad y comparabilidad de estimaciones estadísticas en el país. Ver el siguiente Link:
ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/SistemaHis3.05/Manuales_Actualizados_2013/
- *Implementación de control de calidad y consistencias de bases de datos.-* En el marco de la generación y oportunidad de la información estadística en el MINSA se inicio un proceso en evaluar y monitorizar la información a través de indicadores como cobertura y oportunidad, logrando disminuir el tiempo en la publicación y acceso a la información de las bases de datos del HIS (morbilidad), egresos hospitalarios y defunciones.

Asistencia técnica.- Permanentemente se desarrollaron acciones a fin de dotar con capacidades al personal de los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, siendo las más destacas:

- Capacitación de Personal médico y estadístico en el manejo adecuado de la codificación del CIEX en 05 DIRESAS, logrando el fortalecimiento en Codificación Médica en las DIRESA programadas que repercute en la mejora de la calidad de registro de las actividades de morbimortalidad.
- Capacitaciones y asistencias técnicas realizadas al personal regional, con el propósito de disminuir la brecha de conocimiento referente a temas tecnológicos en el nivel regional, y propiciar la aplicación de tendencias tecnológicas en el ámbito local y regional.

Dificultades presentadas

- El análisis desagregado a nivel sub nacional y según criterios socioeconómicos, muestra profundas desigualdades internas en la tasa de mortalidad neonatal concentrándose la mayor mortalidad en la población en situación de pobreza.
- En nuestro país a pesar de los avances logrados, la malnutrición del niño pequeño es seria y diversa. La persistencia de inequidades sociales agrava la magnitud de los problemas de malnutrición infantil y materna, generando la persistencia en especial de la anemia y desnutrición crónica.
- Brechas en la calidad del control prenatal, así como lo inoportuno de las intervenciones en este periodo (la mayoría se dan después del primer trimestre) contribuyen a la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal precoz.

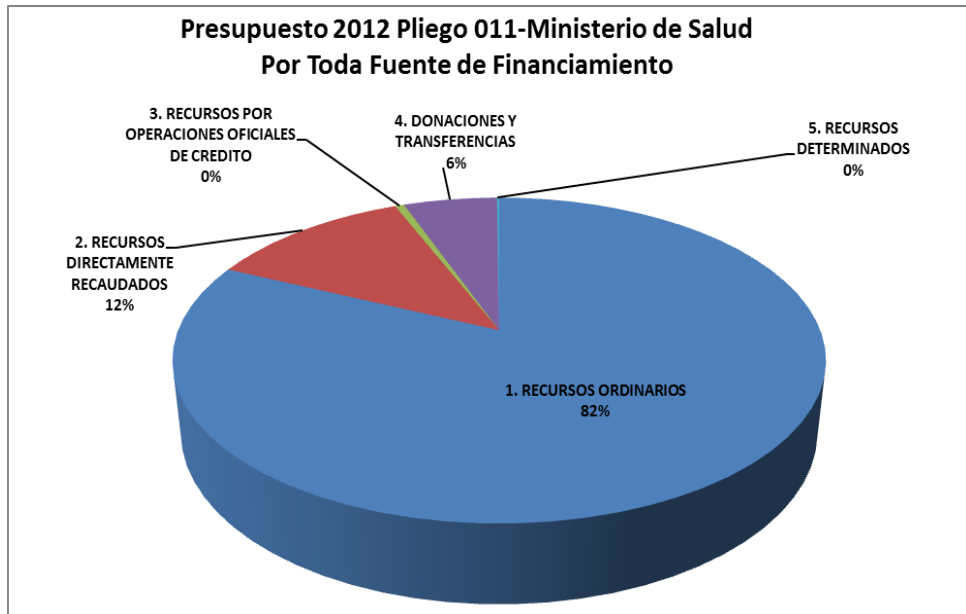
- Todavía resulta insuficiente los recursos (humanos, infraestructura y equipamiento), en las regiones que no permiten mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención materna y perinatal y el abordaje de todos los temas que involucra la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres.
- Ausencia de un sistema informático para la gestión y control de la distribución de vacunas e insumos, que genera problemas de sobreabastecimiento o pseudo desabastecimiento a falta de registro automatizado, que impide la gestión de la vacunación en todos los niveles del sector.
- Desabastecimiento de medicamentos en algunos los Establecimientos de Salud, debido a la inadecuada gestión de medicamentos a nivel regional.
- Alta rotación de Recursos Humanos en el ámbito regional y local sobre todo de personal asistencial que se ha capacitado en el tema, limitando la sostenibilidad de las intervenciones.
- Insuficiente fortalecimiento de competencias de los profesionales del primer nivel de atención de los establecimientos de salud en los diferentes problemas y trastornos de salud mental.
- Promover el desarrollo de investigaciones operativas en las DISA DIREAS y GERESAS a nivel nacional.
- Escaso tamizaje para VIH y sífilis de gestante durante su Atención Pre Natal.
- Brecha persistente de aproximadamente de 20% en la lista de espera para ingreso a TARGA de pacientes con VIH.
- Falta de integración de los subsistemas de salud (Essalud, privados, penales, entre otros) para el registro e integración del sistema de información.
- Normas Técnicas de Tuberculosis no actualizada.
- Insuficiente supervisión y control de calidad de las pruebas de diagnóstico de tuberculosis: baciloscopias, cultivos y pruebas de sensibilidad.
- El Porcentaje de abandonos de la Cohorte al Esquema Uno se viene incrementando desde hace 6 años, obteniendo 7% de abandonos. En los casos TB MDR se ha alcanzado 15% de abandonos.
- Insuficiente recursos humanos para apoyar a la Región Loreto y Ucayali debido a los Cambios Climáticos que están directamente relacionados con el incremento de la transmisión de las enfermedades metaxénicas así por ejemplo las inundaciones en Iquitos han generado un incremento de Casos de Malaria y Dengue.

Análisis de la ejecución del presupuesto de ingresos, gastos e inversión

El presupuesto institucional modificado para el año 2012 del Pliego 011 Ministerio de Salud, asciende a la suma de S/. 3 862 993 848.00, de los cuales el 81.8% son financiados por la fuente de Recursos Ordinarios, el 12 % por Recursos Directamente Recaudados, 0.5% por Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito, el 5.5 % por Donaciones y Transferencias, y 0.1 % por Recursos Determinados.

PRESUPUESTO 2012 PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(Por Fuente de Financiamiento)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	%
1. RECURSOS ORDINARIOS	3,160,914,902	81.8
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	462,494,859	12.0
3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	20,514,751	0.5
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	213,825,067	5.5
5. RECURSOS DETERMINADOS	5,244,269	0.1
TOTAL	3,862,993,848	100.0
Fuente: SIAF- MEF al 12 -03-2013		
Elaborado: OP-OGPP-MINSA		



En cuanto a la ejecución presupuestal, al finalizar el año 2012 se alcanzó la suma de S/. 3 418 537 100, lo que representa el 88.5 % del Presupuesto Institucional Modificado (PIM). A nivel de la fuente de financiamiento la ejecución por Recursos Ordinarios ascendió a 86.5 %, de igual modo, referente

a los Recursos Directamente Recaudados fue del 9.2%, por Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito 0.3%, por Donaciones y Transferencias un 3.9% y finalmente por Recursos Determinados 0.0%.

ESTADO DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO 2012 PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(Por Fuente de Financiamiento)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	EJECUCION	%
1. RECURSOS ORDINARIOS	3,160,914,902	2,957,375,555	86.5
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	462,494,859	315,976,331	9.2
3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	20,514,751	11,222,795	0.3
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	213,825,067	133,931,753	3.9
5. RECURSOS DETERMINADOS	5,244,269	30,666	0.0
TOTAL	3,862,993,848	3,418,537,100	100.0

Fuente: SIAF- MEF al 12 -03-2013
Elaborado: OP-OGPP-MINSA



La ejecución presupuestal por la fuente de Recursos Ordinarios fue mayor en el año 2012 y específicamente en los gastos corrientes los cuales tuvieron un crecimiento respecto al año 2011, sustentado en el gasto en bienes y servicios y en las medidas de política salarial. Es preciso señalar que en el año 2012 se inició el pago de aguinaldo por Fiesta Patrias y Navidad al personal CAS, así

como el pago del DU N° 037 y el pago del bono extraordinario al personal médico y profesional de la salud no médico.

En lo que corresponde a los gastos de capital, se sustenta en la descentralización de los gastos de inversión a los gobiernos regionales, a través de las diferentes transferencias realizadas para la ejecución de los PIPs.

La ejecución presupuestal de los programas presupuestales (PpR) en el Pliego 011 en el año fiscal 2012 fue de un 88.4% respecto al PIM asignado, alcanzando un porcentaje mayor el Programa Articulado Nutricional con un 35%.

ESTADO DE EJECUCION PRESUPUESTAL 2012 DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES (PpR)			
(A Toda Fuente de Financiamiento)			
PROGRAMAS PRESUPUESTALES	PIM	EJECUCION	%
0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	444,888,573	418,778,609	35.0
0002: SALUD MATERNO NEONATAL	430,242,997	376,372,680	31.5
0016: TBC-VIH/SIDA	202,943,327	172,221,208	14.4
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	67,357,473	56,882,795	4.8
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	132,900,713	111,040,795	9.3
0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	29,174,143	24,973,661	2.1
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION	45,917,098	36,327,679	3.0
TOTAL	1,353,424,324	1,196,597,427	100.0
Fuente: SIAF-MEF al 12/03/2013			

Los ingresos recaudados al finalizar el año 2012 ascendieron a la suma de S/ 667,590,205 monto que representa el 95.1% respecto al Presupuesto Institucional Modificado. Del total de los ingresos recaudados el 65.3% corresponde a la fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados, por Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito se obtuvo 2.0%, el 31.9% por Donaciones y Transferencias y por Recursos Determinados 0.8%.

**RECAUDACION DE INGRESOS 2012 POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	RECAUDACION	%
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	462,494,859	436,143,840	65.3
3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	20,514,751	13,120,359	2.0
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	213,825,067	213,081,737	31.9
5. RECURSOS DETERMINADOS	5,244,269	5,244,269	0.8
TOTAL	702,078,946	667,590,205	100.0

Fuente: SIAF- MEF al 12 -03-2013
Elaborado: OP-OGPP-MINSA



De acuerdo a la información obtenida, la Adquisición de Activos no Financieros del Pliego MINSa contó con un presupuesto modificado de S/. 576, 512, 009.00, por toda fuente de financiamiento, ejecutándose el 78.8 % del total y la reposición de equipos un 74.5%.

**ESTADO DE EJECUCION DE ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS 2012 PLIEGO 011
MINISTERIO DE SALUD**

(A Toda Fuente de Financiamiento)

ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	PIM	EJECUCION	%
Inversiones	308,401,982	242,997,997	78.8
Equipos	268,110,027	199,798,887	74.5
TOTAL	576,512,009	442,796,884	76.8

Fuente: SIAF- MEF al 12 -03-2013

Elaborado: OP-OGPP-MINSA

En lo que corresponde a las Inversiones del pliego 011, el presupuesto modificado fue de S/. 308, 401, 982.00, por la fuente de financiamiento de recursos ordinarios fue de S/. 281,402,137.00 nuevos soles, lográndose ejecutar S/. 227,895,091.00 nuevos soles lo que corresponde a un 81% de lo asignado.

**ESTADO DE EJECUCION DE INVERSIONES 2012 PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(Por Fuente de Financiamiento)**

INVERSIONES PLIEGO 011	PIM	EJECUCION	%
1. RECURSOS ORDINARIOS	281,402,137	227,895,091	81.0
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1,646,338	161,470	9.8
3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	20,514,751	11,222,795	54.7
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	4,838,756	3,718,641	76.9
Total general	308,401,982	242,997,997	78.8

Fuente: SIAF- MEF al 12 -03-2013

Elaborado: OP-OGPP-MINSA