



INFORME DE GESTION



INDICE

Presentación	3
Marco Estratégico e Institucional	4
Logros obtenidos	7
Retos afrontados y agenda pendiente	68

PRESENTACIÓN

De acuerdo al Decreto Legislativo N° 1161¹, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, y tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

El Ministerio de Salud, es competente en:

1. Salud de las Personas
2. Aseguramiento en Salud
3. Epidemias y emergencias sanitarias
4. Salud ambiental e inocuidad alimentaria
5. Inteligencia sanitaria
6. Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos
7. Recursos humanos en salud
8. Infraestructura y equipamiento en salud
9. Investigación y tecnologías en salud.

El Informe de Gestión muestra los logros y avances obtenidos en el año 2013 en el marco de las Políticas de Salud que la actual gestión viene impulsando: Atención primaria y mejora de acceso a servicios de salud; Recursos humanos calificados y asignados con equidad; Acceso a servicios especializados; Financiamiento de la salud; y Rectoría del Ministerio, aspectos contemplados en la Reforma del Sector Salud, donde las medidas se orientan a mejorar el estado de salud de los peruanos, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. Estas propuestas son una expresión de nuestro compromiso con la salud y el bienestar de la población peruana, condición para el desarrollo del país.

¹ Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

MARCO ESTRATEGICO E INSTITUCIONAL

1. Visión²

“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.

2. Misión³

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.

² Tomada del Plan Nacional Concertado de Salud (Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA).

³ Tomada del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.

3. Rol Estratégico del Ministerio de Salud

Rector:

- La Vigencia de las funciones esenciales de la salud pública.
- Política en Salud.
- Asistencia Técnica.
- Supervisión.

Financiado:

- El financiamiento de la Salud Pública y Salud Individual y las acciones de dirección, supervisión, asesoría y capacitación en el área de salud.
- Búsqueda de financiamiento a través de la cooperación técnica internacional y/o nacional para el financiamiento de proyectos de inversión, así como financiar las intervenciones que beneficien la salud de la población.
- Propiciar nuevas modalidades de financiamiento y de gestión de los servicios de salud.

Prestador:

- El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud.
- La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión del servicio de salud a través de sus establecimientos.

4. Marco Estratégico Sectorial 2012-2016

El Ministerio de Salud define la política de salud a nivel nacional y orienta las estrategias de intervención priorizando a la población beneficiada (extrema pobreza y pobreza), para ello cuenta con instrumentos de gestión que permite su orientación, como son los Lineamientos de Política Sectorial 2007-2020, en este contexto se vienen implementando lineamientos de políticas actuales, priorizando las acciones en función a los objetivos sanitarios:

- a) Atención primaria y mejora de acceso a los servicios de salud.
 - Fortalecer la atención primaria de salud, invirtiendo en 747 establecimientos estratégicos, en alianza con los Gobiernos Regionales, al 2016.
 - Promover un programa de mejora de calidad de atención y medición del desempeño del prestador, en articulación con vigilancia ciudadana.
 - Fortalecer la estrategia de atención itinerante de la población dispersa.

- b) Recursos humanos calificados y asignados con equidad.
 - Cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria concordante con la implementación del plan de inversión.
 - Generar incentivos remunerativos y profesionales para atención de establecimientos más alejados y de fronteras.

- c) Acceso a servicios especializados
 - Expandir la atención de consulta especializada en las capitales de regiones y de provincias con mayor demanda.
 - Implementar un programa sostenido de modernización hospitalaria.
 - Elevar la calidad de la atención hospitalaria de mayor complejidad.
 - Impulsar y expandir el SAMU.

- d) Financiamiento de la salud
 - Incrementar la cobertura de aseguramiento.
 - Fortalecer el Seguro Integral de Salud.
 - Fortalecer el FISSAL.
 - Implementación progresiva de mecanismos de intercambio y compra de servicios a través del SIS y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para servicios especializados y de primer nivel.

- e) Rectoría del Ministerio de Salud
 - Adaptar la organización a los nuevos roles institucionales para mejorar el desempeño de la rectoría sectorial.
 - Potenciar las áreas de planeamiento y formulación de políticas, monitoreo y evaluación y de análisis de información.

- f) Reforma del Sector Salud
 - Las medidas de Reforma se orientan a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.
 - Estas propuestas son una expresión de nuestro compromiso con la salud y el bienestar de la población peruana, condición para el desarrollo del país.

LOGROS OBTENIDOS

OBJETIVO GENERAL 1: REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE:

MORTALIDAD MATERNA

La muerte de una mujer durante el periodo del embarazo, parto o puerperio es un evento grave, con repercusiones en el núcleo familiar y la sociedad en la cual ocurre; la razón de muerte materna es el indicador que permite presentar la magnitud del problema de las muertes maternas en un país.

La mortalidad materna en nuestro país presenta un descenso, según la ENDES 2010 el Perú reporta una razón de mortalidad materna de 93 x 100, 000 nacidos vivos y a nivel de América Latina es de 67 x 100,000 nacidos vivos, según WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank 2010.

Entre las intervenciones para mejorar la salud materna, reducir la morbilidad materna y mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva implemento las siguientes acciones:

- ✓ Atención de parto institucional con énfasis en la zona rural con adecuación Intercultural (parto vertical) y la implementación de las casas maternas.
- ✓ Atención Prenatal Reenfocada.
- ✓ Atención por personal calificado de las complicaciones obstétricas en establecimientos de salud con capacidad resolutive.
- ✓ Disminución de la demanda insatisfecha de Planificación Familiar con énfasis en los quintiles I y II.
- ✓ Prevención del embarazo no planificado en adolescentes.

La sensibilización a líderes y decisores políticos sobre la importancia de trabajar la salud materna en los diferentes niveles de gobierno, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud a través del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, y los programas de incentivos municipales han contribuido a tener establecimientos de salud con capacidad de repuesta frente a las emergencias obstétricas y neonatales.



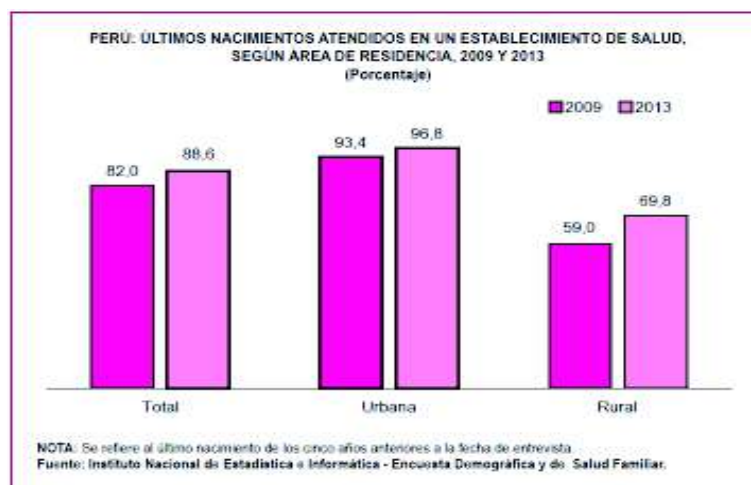
En el año 2013 a la semana epidemiológica 52 se ha tenido 61 muertes maternas menos que en el año 2012, en general el año 2013 se visualiza un menor número de muertes maternas.

Atención de Parto Institucional

La proporción de parto institucional se ha incrementado de un 56,7% en el año 2000 a 88.6% al año 2013 (ENDES 2013).

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 69.8% en el año 2013.



Este incremento se debe a la implementación de las siguientes estrategias:

- ✓ Atención de Parto Vertical con adecuación Intercultural.
- ✓ Adecuación Cultural de los Servicios de Salud.
- ✓ Casas de Espera.
- ✓ Afiliación al SIS y la implementación del AUS que han contribuido a disminuir la barrera económica, mejorando el acceso de las gestantes a los servicios de salud materna a nivel nacional.
- ✓ Implementación de la Norma para la “Atención del parto vertical con Adecuación Intercultural” (Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA).

Parto Vertical con Adecuación Intercultural

La implementación de esta experiencia exitosa de adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención del parto vertical ha logrado el incremento del parto institucional en la zona rural. La ENSSR ha coordinado las Pasantías en la atención del parto vertical con adecuación intercultural para profesionales de la salud de las Diresas Loreto, Lima Región, Moquegua, Arequipa y Lima Sur en las Sedes de Pasantías de Atención en Parto Vertical (C.S. Churcampa-Huancavelica y C.S. Belepampa-Cusco), el intercambio de tutores de ambas sedes pasantes, asimismo se ha implementado las nuevas sedes de pasantía en Atención del Parto vertical en la región Ayacucho: C.S. Vilcashuamán, C.S. Vinchos, C.S. San José de Secce, el Hospital Regional de Ayacucho; y en proceso de ser considerados como sedes de pasantías el Hospital de Yarinacocha – Región Ucayali y el Hospital Rezola de la Región Lima.

Implementación de Casas Maternas

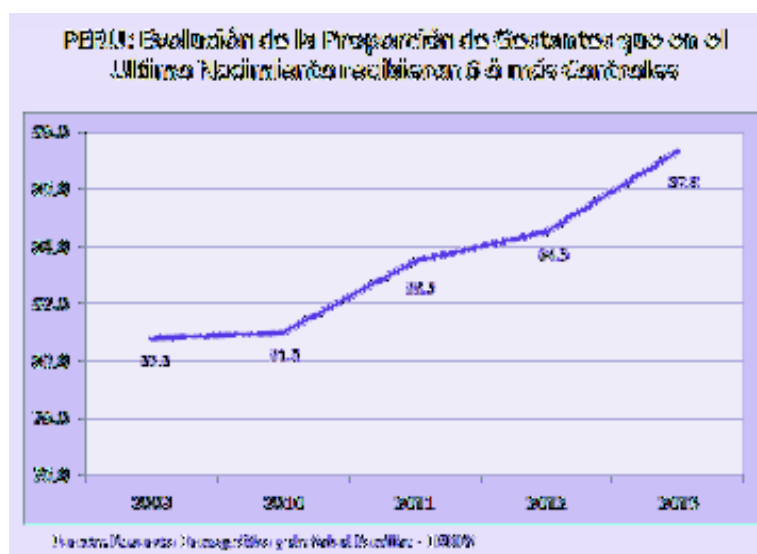
En el año 2013, se han implementado dos casas maternas, una en la Región Lima, en San Andrés de Tupicocha – Huarochirí y la segunda en la Región Ayacucho “la Casa de Espera Materna Regional”, ubicada en San Melchor, distrito de San Juan Bautista. Esta estrategia tiene como finalidad favorecer el acceso al parto institucional y hacer prevalecer los derechos de las gestantes de zonas de difícil accesibilidad y culturalmente diferentes.

De 211 casas maternas implementadas en el año 2005, actualmente se cuenta con 503 casas maternas al año 2013.

La estrategia de las Casas de Espera u Hogares Maternos se han constituido en una experiencia exitosa para enfrentar las barreras de inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de salud y de coordinación entre los gobiernos locales (municipios y Comunidad) y Salud (ESSSR).

Atención Prenatal Reenfocada

En relación a las gestantes que recibieron 6 o más visitas de Controles Pre-Natales este indicador se ha incrementado reportándose un incremento entre el año 2000 de 50.6% a 87,3% para el año 2013.



La Atención Prenatal Reenfocada basa su intervención en asegurar el paquete de atención a la gestante: Evaluación completa de la gestante, Orientación/ consejería en SSR-PF, Tamizaje con prueba rápida para sífilis, Tamizaje con prueba rápida para VIH, Exámenes completos de laboratorio, Ecografía, Tamizaje de violencia basada en género, Protección antitetánica, Plan de Parto, Suplemento de hierro/ácido fólico y Psicoprofilaxis.

Atención de Complicaciones Obstétricas

Se aprobó con Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la evaluación de las Funciones Obstétricas Y Neonatales en los Establecimientos de Salud", que tiene como finalidad contribuir al fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para el manejo integral de los procesos clínicos asociados a morbilidad y mortalidad materna.

Se brindó apoyo a las regiones en la realización de 14 talleres en: Emergencias Obstétricas y Neonatales, Atención Prenatal Reenfocada, Monitoreo fetal y un taller macro regional de los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna; el objetivo de los talleres es el de fortalecer las capacidades técnicas a los proveedores de salud.

Siguiendo con las políticas de descentralización, se calificaron y se categorizaron como CDC (Centro de Desarrollo de Competencias) el Hospital Regional de Huancavelica – DIRESA Huancavelica.

Disminuir la Demanda Insatisfecha en Planificación Familiar

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR), ha incorporado tres nuevos métodos anticonceptivos en la gama de métodos ofertada por el Ministerio de Salud a la población, en forma gratuita, como es: el condón femenino, la ampolla mensual

y los implantes, para lo cual se ha fortalecido las capacidades técnicas a 582 profesionales de salud (médicos y obstetras) en este tema, mediante la organización de 18 Talleres en las DIRESAS/GERESAS de Madre de Dios, Huancavelica, Cajamarca, Tumbes, Pasco, Apurímac - Abancay, Apurímac- Andahuaylas, Moquegua, Jaén, Amazonas, Cajamarca, Lima Región, Arequipa, Lima Este, Lima Ciudad y hospitales de Lima Ciudad.

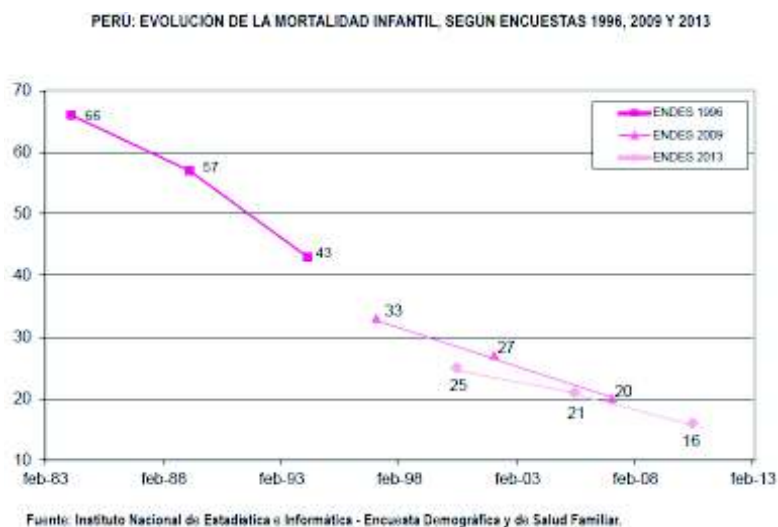
Estos indicadores muestran que se está implementado estrategias a nivel nacional con el fin de cumplir con la meta de los Objetivo de Desarrollo del Milenio trazada para el 2015 que es la disminución de la Mortalidad materna a 66 x 100,000 nacidos vivos.

Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente

El día 6 de noviembre del 2013, fue aprobado el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, con Decreto Supremo N° 012-2013-SA.

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, muestran que la tendencia de la mortalidad infantil continúa disminuyendo.



PERÚ: MORTALIDAD NEONATAL, POST-NEONATAL, INFANTIL, POST-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ PARA LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (FECHA CENTRAL ENERO 2008), SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012-2013

Característica seleccionada	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal 1 (MPN)	Mortalidad infantil (I ₁)	Post-infantil (I ₂)	En la niñez (I ₃)
Área de residencia					
Urbana	11	5	16	4	20
Rural	14	10	24	8	32
Región natural					
Lima Metropolitana	8	3	12	3	14
Resto Costa	11	4	14	5	19
Sierra	15	10	25	6	30
Selva	16	10	25	9	34
Educación de la madre					
Sin educación	19	16	34	12	46
Primaria	16	8	24	7	31
Secundaria	10	5	15	4	19
Superior	11	6	17	2	19
Quintil de riqueza					
Quinto inferior	15	11	26	8	34
Segundo quintil	15	8	23	7	30
Quinto intermedio	12	4	16	2	19
Cuarto quintil	9	4	13	4	17
Quinto superior	6	5	11	2	13
Total	12	7	19	5	24

¹ Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Control de la Infección Respiratoria Aguda – Neumonía

A nivel nacional, de acuerdo a la ENDES 2013, el 13,3% de las niñas y niños menores de cinco años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que evidencia una disminución de 2.5 puntos porcentuales con respecto a la estimación del año 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.

Hasta la SE 52 notificaron 29 924 episodios de neumonías. La IA de las neumonías en el Perú es de 99,7 episodios por cada 10 000 niños menores de 5 años.





En el 2013, hasta la SE 52 se han registrado 402 muertes por Neumonía en menores de 5 años. Las regiones donde se registran mayor número de muertes por neumonía son: Loreto (63), Puno (48), Cuzco (44), Junín (39), y Huánuco (22). La letalidad es de 1.3 muertes por 100 casos de neumonías, las tasas de letalidad más altas se registra en Huancavelica, Junín, Puno, Cusco, y Loreto.

Episodios de neumonías y defunciones en menores de 5 años por departamentos del Perú, 2009* – 2013*

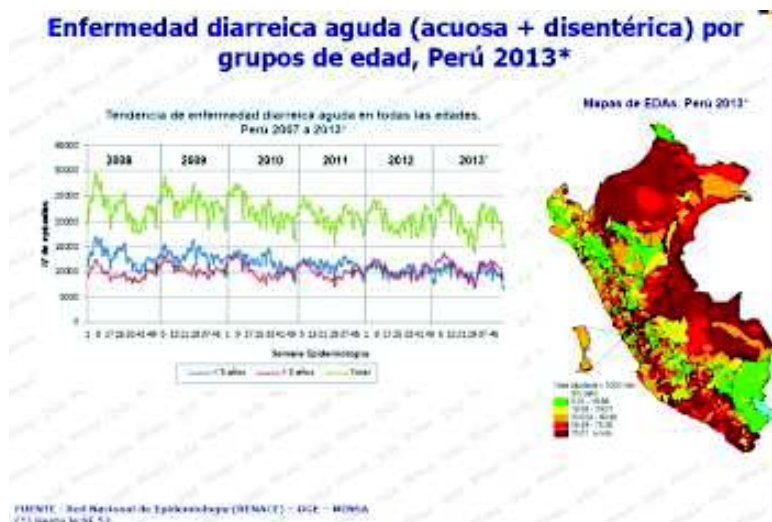
Departamento	Neumonías					Defunciones					Letalidad*				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
AREQUIPA	2364	1963	1839	1689	1623	15	10	27	12	5	0.6	0.5	1.5	0.7	0.3
LORETO	4276	4084	3717	3270	2666	21	47	60	68	68	0.7	1.1	1.6	2.1	2.1
PUNO	2248	2155	2180	2189	2029	12	14	11	4	8	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4
HUANUCO	2225	1980	1653	1793	1442	49	26	23	25	22	2.0	1.3	1.4	1.4	1.5
CUSCO	2989	1748	1380	1370	1389	41	30	27	20	44	1.7	1.7	1.9	1.9	1.7
UNIVERSIDAD	2335	1647	1652	1436	1405	21	11	5	11	15	1.0	0.7	0.3	1.2	1.2
ANCASH	2197	1150	903	905	945	17	14	7	4	9	1.4	1.2	0.8	0.5	0.9
HUANCAVELICA	2012	950	608	667	688	11	1	5	3	3	1.2	0.0	0.8	0.0	0.4
PIURA	2002	1862	1811	1607	1607	7	8	10	1	5	0.7	0.8	1.1	0.2	0.6
MOQUEGUA	1333	1383	1380	1425	1725	0	2	3	3	9	0.0	0.2	0.2	0.2	1.2
AYACUCHO	656	730	602	582	663	0	11	14	11	13	0.0	1.5	1.7	1.9	2.0
TACNA	506	630	638	536	549	0	0	2	3	8	0.0	0.0	0.5	0.5	1.5
CAJAMAQUA	763	622	681	640	605	16	10	2	12	13	2.2	1.7	1.0	1.0	1.0
WANUCAY	552	277	346	430	462	11	26	12	11	20	2.0	3.3	2.2	2.6	4.1
AYACUCHO	409	535	422	441	401	10	8	12	11	11	2.3	1.5	2.9	2.5	2.5
PIURA	677	796	486	454	412	10	5	3	3	3	1.2	0.6	1.0	0.7	0.7
MOQUEGUA	232	179	162	181	220	1	0	2	1	0	0.5	0.0	1.2	1.7	0.0
WANUCAY	290	293	249	264	160	0	0	1	4	0	0.0	0.0	0.4	1.5	0.0
TUMBES	177	136	120	100	152	3	1	0	1	0	1.2	0.7	0.0	1.0	1.0
TACNA	162	222	121	104	111	0	0	4	3	0	0.0	0.0	1.3	2.0	2.7
Total general	26564	26270	23427	20314	20994	468	448	361	376	403	1.2	1.2	1.1	1.2	1.1

FUENTE: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) - DGE - MINSA
[*] hasta la SE 52.

Control de la Enfermedad Diarreica Aguda

A nivel nacional, según ENDES 2013, a nivel nacional el 10,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (11,5%) que en el área urbana (10,6%).

Por otro lado, la Dirección General de Epidemiología a través del sistema de vigilancia epidemiológica ha reportado tendencia a la disminución en la EDA así como la hospitalización por esta causa en menores de cinco años.



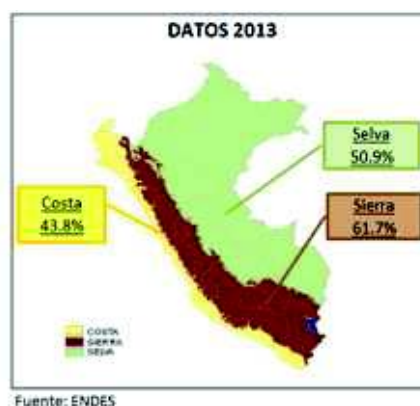
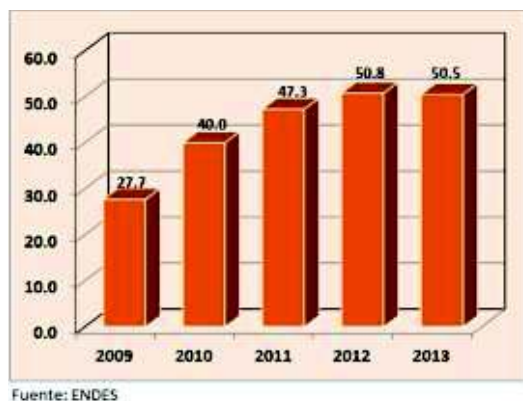
Incremento de las Coberturas de Control de Crecimiento y Desarrollo del Menor de 36 Meses

El control de crecimiento y desarrollo es la intervención a través de la cual se estaría garantizando la consejería en lactancia materna, alimentación complementaria y el lavado de manos, como prácticas de probada efectividad para la reducción de la desnutrición crónica infantil y de ese modo lograr que más hogares adopten prácticas saludables para el cuidado y alimentación del niño.

El Control de Crecimiento y Desarrollo para niños menores de 3 años es el que más ha crecido en cobertura en el período 2007-2012 (112%), sin embargo según el informe de la

ENDES 2013, esta cobertura se mantiene ligeramente constante (de 50.8 en el 2012 a 50.5 en el año 2013).

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



En todas las regiones ha venido creciendo la cobertura del CRED desde el año 2007 aunque de manera bastante desigual. Regiones como Huancavelica y Ancash, han logrado más del 70% de cobertura y Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Pasco y Puno más del 60%. La más retrasada es Ucayali con 39%. A su vez, las que más han crecido son Huancavelica (56.6p.), Pasco (49.2p.) y Ayacucho (49p.) y la de menor crecimiento Apurímac (7.3 p.)

En cuanto al desarrollo de normas y guías técnicas en salud infantil, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del programa de Tamizaje Neonatal Universal (Decreto Supremo N° 014-2013-SA).

Asimismo, en el Instituto Nacional Materno Perinatal:

- ✓ Se concluyó el Banco de Sangre Tipo II.
 - ✓ Cuenta con el Primer Banco de Leche Humana referencial, adscrito a la Red Iberoamericana de Bancos de Leche, iniciándose la capacitación para la implementación de bancos de leche humana en 4 regiones.
 - ✓ Se ha conformado la Red Nacional de Telesalud Materno Perinatal.
 - ✓ Se ha establecido el Programa Nacional de Asistencia Técnica Directa (ATD) EN Salud Materno Perinatal en nueve regiones.
- Asimismo; 06 regiones cuentan con directivas regionales para la emisión del Certificado de Nacido Vivo: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco y Huancavelica.

OBJETIVO GENERAL 02:

REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN DE POBREZA Y EXTREMA POBREZA.

Inmunizaciones

La inmunización constituye uno de los pilares de la medicina preventiva y salud pública a nivel mundial y los países de las Américas han logrado avances extraordinarios en el mejoramiento de los pueblos debido a la puesta en práctica de programas nacionales de inmunización, los que han conseguido poner bajo control, eliminación y erradicación enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación.

El Ministerio de Salud es responsable de definir las políticas nacionales de vacunación, establecer las normas generales y esquema nacional de vacunación para la administración de las vacunas, y desde luego abastecer a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) las vacunas necesarias y otros insumos a nivel nacional.

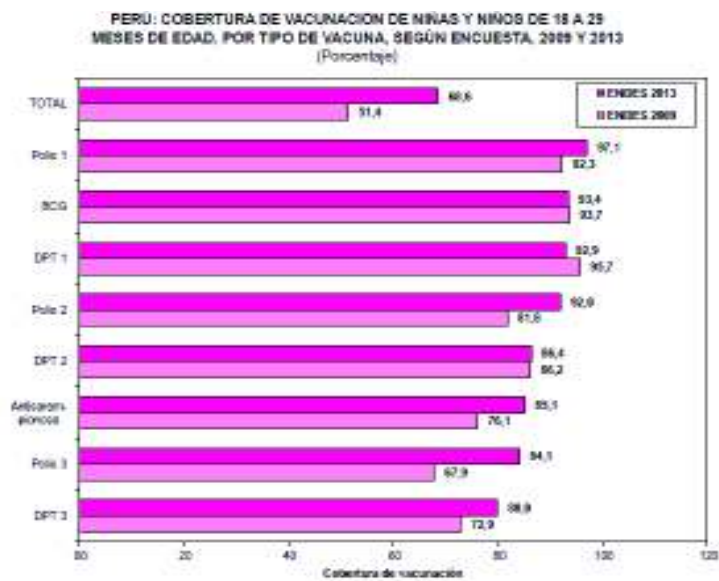
La cobertura promedio de vacunación en los niños menores de 01 año en nuestro país ha sido durante el último quinquenio cercana a 90%, siendo necesario alcanzar cifras superiores a 95% en todas las regiones del país; queda el compromiso de mejorar rápidamente la cifra menor que se reporta en niños de 01 y 04 años. Para ello es fundamental contar con una adecuada *cadena de frío* que asegure la conservación y calidad de las vacunas que adquiere el Estado Peruano.

Se han realizado reuniones técnico sanitarias y administrativas con las regiones, vía teleconferencia y talleres macrorregiones presenciales para el análisis de los procesos de las enfermedades inmunoprevenibles, su diagnóstico de laboratorio y del proceso de vacunación para la prevención y control de estas; actualmente se encuentra en proceso el fortalecimiento del equipo nacional de análisis y monitoreo de los indicadores de la vacunación y del componentes de inmunizaciones del Programa Articulado Nutricional.

PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS DE 18-29 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON VACUNAS ESPECÍFICAS, SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN Y VACUNADOS ANTES DE LOS 18 MESES DE EDAD, 2013 (Porcentaje)

Fuente de información	BCG	DPT			Polio			Antisarampión	Todas las vacunas ¹⁾	Niños ²⁾	Número de niñas y niños
		1	2	3	1	2	3				
Vacunas en cualquier momento antes de la entrevista											
Tarjetas de vacunación	74,1	77,8	76,6	73,5	78,2	77,2	74,5	70,8	64,0	0,1	1.254
Reportada por la madre ²⁾	19,3	15,2	9,8	6,5	18,8	14,8	9,6	14,3	4,6	1,0	332
Total 2013	83,4	92,9	86,4	80,0	97,1	92,0	84,1	85,1	68,6	1,1	1.586
Total 2008	83,7	95,7	86,2	72,9	92,3	81,8	67,9	76,1	51,4	1,2	1.638
Vacunados antes de los 18 meses	83,4	92,9	85,7	78,8	97,0	91,5	83,0	78,5	63,1	1,2	1.586

Nota: La cobertura total estimada es la suma de la cobertura proveniente del censo y la información de la madre. Los porcentajes de cada vacuna según fuente se calculan sobre el total de niñas y niños.
¹⁾ BCG, antitetánico y las tres dosis de DPT y polio.
²⁾ Para niñas y niños cuya información está localizada en el reporte de la madre, se usaron la proporción de niñas y niños vacunados durante el primer año como la misma proporción para las niñas y los niños con tarjetas de vacunación.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.



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

Las Regiones que muestran coberturas más bajas de vacunación son: Huancavelica 43.66%, Puno 50.10%, Cusco 54.23%, Ayacucho 54.76%, Apurímac 59.37%, Huánuco 60.81%, Junín 62.69%; considerando entre las causas la asignación poblacional, por ello se está trabajando con Padrón Nominal validado por el RENIEC de cada región.

Se realizaron Talleres de reuniones Macro Regionales para hospitales y maternos infantiles y la Implementación de la Norma Técnica de Salud - Esquema de Vacunación Nacional, cuyo objetivo es fortalecer las competencias de los profesionales de enfermería en el cumplimiento prioritario de los indicadores de BCG y HVB e Implementación de la Norma Técnica del calendario de vacunación IPV (Polio Intramuscular), fortalecimiento del manejo de cadena de frío en todas las DIRESA/GERESA/DISA del país, lográndose capacitar a 200 participantes.

Talleres Macro Regionales de la Implementación de la NTS080-V3 Agosto y Setiembre del 2013



Así mismo, se realizó el taller de capacitación en refrigeración para fortalecer la cadena de frío, donde se capacitó a 80 técnicos en refrigeración de la DIRESA, GERESA, DISA, RED, Unidades Ejecutoras a nivel nacional, realizado en el Centro Referencias de Capacitación en Cadena de Frío (Tarapoto – San Martín), cuyo objetivo es contar con técnicos de cadena fría en refrigeración, con capacidad de realizar el mantenimiento preventivo especializado o reparaciones en casos de fallas de los equipos para restablecer la cadena de frío, asegurando el buen funcionamiento de los equipos, aumentando la vida útil de los equipos y asegurando la inversión realizada por el Ministerio de Salud.

De este modo, se asegura que todas las regiones donde están instaladas las cámaras para la conservación de la vacunas, cuenten con un técnico calificado en refrigeración; así mismo, las unidades ejecutoras o redes contarán con técnico en cadena de frío en refrigeración para el mantenimiento del 100% de los equipos del área de su jurisdicción.

Semana de Vacunación en las Américas

La última semana de abril se desarrolló la Semana de Vacunación Nacional en el marco de la Semana de Vacunación de las Américas, priorizándose las actividades de vacunación en todo el país, dirigida con prioridad la vacunación a los niños menores de 5 años, de poblaciones alejadas y dispersas.

País	< de un año APO			< de un año Pentavalente			De 1 año SPR			De 4 años con ref. SPR		
	Meta	Avance	cob.	Meta	Avance	cob.	Meta	Avance	cob.	Meta	Avance	cob.
Perú	53,738.00	45,594.00	85	53,738.00	45,594.00	85	53,738.00	54,481.00	101	53,738.00	54,669.00	102

Entre los logros más importantes resaltan:

- ✓ A nivel nacional se ha administrado 1'442,290 dosis para diferentes vacunas y grupos de edad.
- ✓ Según la meta programada se llegó entre los rangos de 80 a 102% de cobertura de vacunación para los grupos de edad de menores de 1 año y 1 año de edad.
- ✓ El 38% (13/34) de los distritos fronterizos tienen coberturas óptimas para la vacuna SPR en niños y niñas de 1 año de edad.
- ✓ La Semana de Vacunación de las Américas (SVA) permitió captar a niños que no fueron vacunados; donde se notificaron 06 casos de ESAVI entre moderado y severos, con evolución favorable.
- ✓ Se realizó la capacitación y sensibilización a través de 04 reuniones macro regionales con énfasis vacunación segura.
- ✓ Se aplicó encuestas y como resultados de estas, mujeres entre 15 y 49 años de edad refirieron que el 85% (621) tenían un grado de conocimiento sobre la vacunación, 79% (575) escucharon mensajes recientemente de la SVA y 33% (238) se enteraron por el medio de difusión de radio, el 24% (175) por medio de perifoneo y el 22% (159) a través del establecimiento de Salud, una vez

conocido, el 37% (269) llevaron a sus hijos para que le vacunaran y el 34% (243) revisó el carné de vacunación.



En el taller de “Fortalecimiento de competencias a técnicos de cadena de frío, en instalación de refrigeradoras solares”, cuyo objetivo fue capacitar a técnicos en Instalación, mantenimiento y reparación de refrigeradoras solares; se logró capacitar a 90 técnicos de cadena de frío del ámbito nacional de las Regiones y Redes de Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Región, Loreto, Loreto-Yurimaguas-DATEM, Madre de Dios, Moquegua, Pasco – Oxapampa, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali, los cuales fueron beneficiados, con refrigeradores solares.



- ✓ Se gestionó la compra de 977 refrigeradores solares para ser distribuidos a nivel nacional a todos los establecimientos que no cuentan con energía

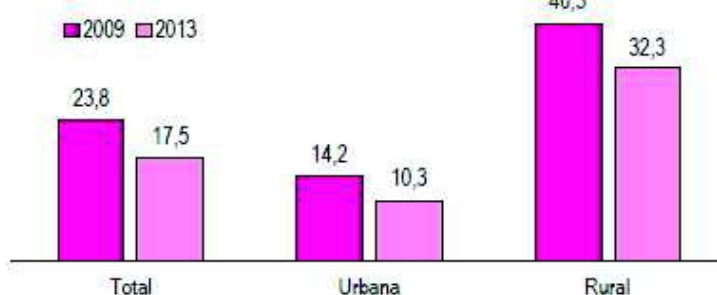
eléctrica, dichos establecimientos están ubicados en áreas muy dispersas de difícil acceso o ubicados principalmente en las riveras de la amazonia⁴.

- ✓ Se adquirieron 6,360 Refrigeradoras *Ice Line* y 6,160 congeladores que han ingresado al país.

Disminución de la Desnutrición Crónica Infantil

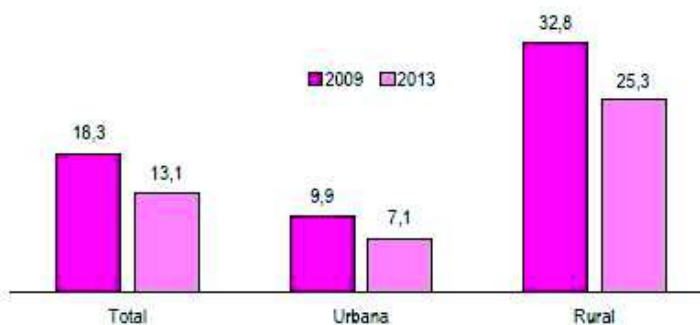
Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, muestran una reducción del nivel de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad en el país.

PERÚ: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2013 (T/e <-2 desviaciones estándar respecto al patrón OMS) (Porcentaje)



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

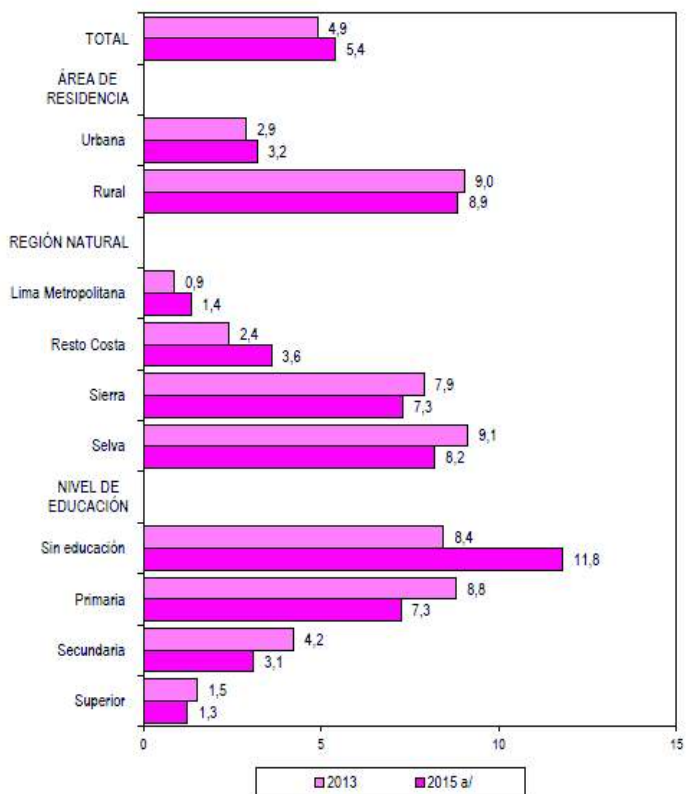
PERÚ: DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2009 Y 2013 (T/e <-2 desviaciones estándar respecto al patrón NCHS) (Porcentaje)



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

⁴ Para la operatividad de los equipos se requiere de una instalación especializada que consiste en instalar paneles solares en forma adecuada con ángulo y orientación adecuada para la captación solar, que recarguen adecuadamente las baterías, controlar la carga, sistema pozo tierra y el refrigerador solar con dos compresores para el gabinete de refrigeración y para el gabinete de congelación respectivamente, por lo cual requiere ser instalado con técnicos de cadena de frío capacitados.

PERU: DESNUTRICION GLOBAL, SEGUN CARACTERISTICA SELECCIONADA, 2013 Y 2015
(Porcentaje)



a/ Metas al 2015 ODM.

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

Incremento de la Proporción de Niños Menores de 06 Meses con Lactancia Materna Exclusiva

La práctica de la lactancia materna, es decisiva para lograr dos de los principales objetivos nacionales en relación a la supervivencia, salud, nutrición y desarrollo infantil; la reducción de la desnutrición crónica y la mejora de la salud materna neonatal.

Los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, muestran que más de dos tercios de las madres alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna (72,3%), esta práctica es mayor en el área rural (86,2%) que en el área urbana (65,9%).

Entre los años 2012 y 2013, la prevalencia de la lactancia materna revela que en el área rural se incrementa más que en el área urbana, en el área urbana 4.1 puntos porcentuales (de 61.8% a 65.9%) y en el área rural 7.6 puntos porcentuales (de 78.6% a 86.2%).



Disminución de la 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 (34.0%), siendo mayor en el área rural (39,8%) que en el área urbana (31,1%) en el año 2013.

Entre los años 2012 y 2013, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad se incrementó de 32.9% a 34.0%; en el área urbana de 28.6% a 31.1% y en el área rural de 40.7% a 39.8%, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013.



De acuerdo a la ENDES 2013, la suplementación con hierro a niños de 6 a menos de 59 meses se ha incrementado de 14.9 en el 2012 a 17.6 en el 2013, siendo mayor en el área rural incrementándose de 18.0 en el 2012 a 22.7 al año 2013.

Procentaje que consumió alimentos ricos en hierro, en las últimas 24 horas (6-35 meses)

	2012	2013
Nacional	88.5	89.3
Uirbano	91.4	91.8
Rural	82.5	83.8

Fuente: ENDES 2012 - 2013

Procentaje que recibió suplemento de hierro, en los últimos 07 días (6-59 meses)

	2012	2013
Nacional	14.9	17.6
Uirbano	13.3	15.2
Rural	18.0	22.7

Fuente: ENDES 2012 - 2013

OBJETIVO GENERAL 03:

DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA

Salud Ocular

La Salud Ocular en el Perú, según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Oftalmología – INO - existe aproximadamente 160,000 ciegos y unas 600,000 personas que sufren de alguna discapacidad visual, comprometiendo la calidad de vida, el desarrollo integral de las personas.

A nivel de Latinoamérica se estima en 3 millones la cifra de ciegos, 60% debido a catarata y vicios de refracción, un 20% por glaucoma, retinopatía diabética y de la prematuridad, de los cuales el 70% de ellos se encuentra en situación de pobreza y extrema pobreza. Ante el incremento de la demanda del problema de salud ocular, el Ministerio de Salud ha creado la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera (Resolución Ministerial N° 712-2007/MINSA), donde se enfatiza la atención integral e intervenciones de prevención, atención y recuperación, optimizando al máximo los recursos humanos y tecnológicos, que permita atender a toda persona sobre su salud ocular.

En salvaguarda de las Políticas Nacionales del Estado y del Sector, se considera a los problemas de discapacidad visual (errores refractivos y ceguera por catarata) como intervención priorizada, bajo el lema *Te Veo Bien*, buscando fortalecer las intervenciones sanitarias consideradas como productos en el marco de los Programas Presupuestales, en 2 grupos vulnerables: Niños de 6 a 11 años y adultos mayores de 50 años en situación de pobreza y pobreza extrema.

AVANCES 2013

Errores Refractivos:

Año	Población a beneficiar	Avance parcial a Octubre 2013
2013	191,400 niños de 06 a 11 años tamizados 4,917 niños con lentes	N° de niños tamizadas: 352,149 (184%) N° de niños con lentes: 5,202 (105.8%)

*Información remitida por las Regiones y DISA de Lima al mes de octubre 2013 de manera parcial.

Cirugía de Catarata:

Año	Población a beneficiar	Avance parcial a Octubre 2013
2013	238,700 adultos mayores evaluados 18,700 personas operadas por cataratas como Sector (MINSa: 9,852)	N° de Personas tamizadas: 127,650 (53.5%) N° de cirugías: 5,942 (*Sector: 31.8% MINSa: 60.3%)

*Información remitida por las Regiones y DISA de Lima al mes de octubre 2013 de manera parcial

Metales Pesados

En nuestro país entre los principales agentes contaminantes tenemos: El plomo, mercurio, aluminio, arsénico, magnesio, manganeso, hierro, cobre, cianuro. Agregándose a estos metales pesados el dióxido de azufre y el ácido sulfúrico (R.M. N° 525-2005/MINSa). Adicionalmente tenemos la presencia cada vez mayor de las poblaciones ubicadas en el área de influencia de las actividades productivas como la minería, el impacto ambiental y los riesgos a la salud ocasionados por los diferentes metales pesados y otras sustancias químicas, preocupa al Ministerio de Salud; por lo cual mediante la R.M. N° 425 - 2008-MINSa, se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Atención a Personas Afectadas por Contaminación con Metales Pesados y otras Sustancias Químicas, cuyo órgano responsable es la Dirección General de Salud de las Personas.

Sobre la meta física programada a nivel nacional se ha logrado un avance de 78.4% a diciembre del 2013, que corresponde a 12,484 personas expuestas a metales pesados atendidas en el primer nivel de atención.

EJECUCIÓN DE METAS FÍSICAS REGIONAL - METALES PESADOS

Gobiernos regionales	Meta Física 2013	Ejecutado a Noviembre 2013 (Evaluación Integral en el 1° nivel de Atención)	% Avance
441: GOBIERNO REGIONAL ANCASH	3,324	1,807	54.4%
442: GOBIERNO REGIONAL APURIMAC	320	150	46.9%
443: GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA	600	125	20.8%
444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	450	450	100.0%
445: GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	584	145	24.8%
446: GOBIERNO REGIONAL CUSCO	350	260	74.3%
447: GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA	700	700	100.0%
448: GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	800	800	100.0%
449: GOBIERNO REGIONAL ICA	450	378	84.0%
450: GOBIERNO REGIONAL JUNIN	768	768	100.0%
451: GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	894	606	67.8%
452: GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	300	10	3.3%
453: GOBIERNO REGIONAL LORETO	700	0	0.0%
454: GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	280	320	114.3%
455: GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA	250	250	100.0%
456: GOBIERNO REGIONAL PASCO	985	757	76.9%
457: GOBIERNO REGIONAL PIURA	600	1,015	169.2%
458: GOBIERNO REGIONAL PUNO	320	168	52.5%
460: GOBIERNO REGIONAL TACNA	120	98	81.7%
461: GOBIERNO REGIONAL TUMBES	120	0	0.0%
463: GOBIERNO REGIONAL LIMA	1,407	2,604	185.1%
464: GOBIERNO REGIONAL CALLAO	1,600	1,073	67.1%
Total	15,922	12,484	78.4%

Asimismo se han realizado:

- ✓ Fortalecimiento de competencias del personal mediante 13 asistencias técnicas dirigidas a equipos técnicos de las Direcciones Regionales sobre atención de las personas en riesgo de exposición e intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas a las DIRESA: Huánuco, Junín, La Libertad, Puno, Tacna, Pasco, Cusco, Ancash, Huancavelica, Lima, Madre de Dios, Ucayali, Arequipa y Ayacucho, logrando capacitar a un total de 320 profesionales de la salud de las Redes y Microrredes de Salud, que identificaron riesgos de exposición a metales pesados.
- ✓ Fortalecimiento del personal en primer nivel de atención a través de pasantías programadas en la DIRESA Callao (Junín, Apurímac, Tacna, Pasco, Ica y Puno).
- ✓ Aprobación de Guías de Prácticas Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación por Mercurio y Cadmio, aprobada con R.M. N° 757-2013/MINSA.
- ✓ Capacitación en valoración clínica, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas a un total de 52 médicos de las diferentes regiones del país.

Salud Mental

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (creada con Resolución Ministerial 771-2004/MINSA) junto a otras nueve Estrategias Sanitarias tienen como objetivos funcionales promover la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población, el entorno saludable para toda la población, la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz tiene como objetivo brindar orientación para constituir las bases de planificación de las acciones de salud mental en el país, siguiendo las pautas establecidas en el documento del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y Comunidad-MAIS-BFC.

Con el objetivo de contribuir en la disminución de la prevalencia de problemas y trastornos de salud mental en la población peruana con énfasis en la de pobreza y extrema pobreza, la Dirección de Salud Mental en el marco de la reforma de salud viene implementando la estrategia de reorientación de los servicios de salud mental hacia la comunidad, lo que implica insertar el componente de salud mental desde el primer nivel de atención, para lo cual en el año 2013 ha desarrollado asistencias técnicas, seguimiento y monitoreo de las acciones y estrategias; así como la evaluación y análisis de las metas programadas y la formulación de documentos normativos.

NUMERO DE ATENDIDOS EN SALUD MENTAL

Casos como valores	ENE-13	FEB-13	MAR-13	ABR-13	MAY-13	JUN-13	JUL-13	AGO-13	SET-13	OCT-13	2013
(F00 - F09) TRASTORNOS MENTES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	1,374	1,377	1,336	1,511	1,333	1,409	990	1,093	1,152	1,205	12,780
(F10 - F19) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1,271	1,122	1,205	1,323	1,260	1,387	1,397	1,246	1,332	1,536	13,079
(F20 - F29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTIPIICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES	2,381	1,959	2,339	2,461	2,565	2,504	2,086	2,140	1,841	2,418	22,694
(F30 - F39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	11,462	10,890	11,468	12,803	11,353	10,962	10,913	10,123	10,883	11,100	111,957
(F40 - F48) TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRES Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	16,131	14,533	14,873	16,608	15,328	14,697	13,455	13,001	14,308	14,207	147,141
(F50 - F59) SINDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES N FÍSICOS	561	564	624	658	678	605	661	572	659	669	6,251
(F60 - F69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	1,267	1,204	1,346	1,513	1,761	2,300	2,000	2,029	1,859	2,304	17,583
(F70 - F79) RETRASO MENTAL	1,128	1,175	1,210	1,466	1,200	1,144	883	876	951	1,042	11,075
(F80 - F89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO	8,347	9,394	9,744	11,035	10,657	10,363	10,447	9,875	10,532	9,013	99,407
(F90 - F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO APARECEN HABITUAL EN NIÑEZ Y EN A ADOLESCEN	5,981	5,876	4,911	5,753	5,597	5,436	5,196	4,553	4,344	4,829	52,476
(F99) TRASTORNOS MENTAL NO ESPECIFICADO	24	19	15	18	25	28	43	81	42	49	344
CAPITULO V: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	49,927	48,113	49,071	55,149	51,757	50,835	48,071	45,589	47,903	48,372	494,787

Fuente: DGSP

Al mes de octubre del 2013, se ha atendido a 494,787 personas con trastornos mentales y de comportamiento en los diferentes establecimientos de salud. Considerando que en el

año 2012 se atendieron en el mismo periodo de tiempo 394,286 personas se evidencia un incremento del 25.49% de atendidos.

Al mes de diciembre del 2013, se ha proyectado atender a un total de 593,744 personas en los diferentes establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

De enero a octubre del año 2013, se han realizado 2'813,058 tamizajes. Considerando que en el año 2012 se realizaron en el mismo periodo de tiempo 1'614,987 tamizajes, se tendría un incremento del 74.19% de tamizajes realizados. A diciembre del año 2013 se ha proyectado realizar un total de 3'375,669 tamizajes.

Casos como valores	ENE-13	FEB-13	MAR-13	ABR-13	MAY-13	JUN-13	JUL-13	AGO-13	SET-13	OCT-13	2013
TAMIZAJES	221,455	223,996	246,214	268,883	243,060	273,190	284,576	293,075	307,605	300,327	2,662,381
TAMIZAJES POSITIVOS	7,838	9,462	12,220	15,908	14,873	16,528	17,782	16,808	18,839	16,208	146,466
TAMIZAJES VIOLENCIA POLITICA	278	295	404	269	342	426	307	489	763	638	4,211
TAMIZAJE	229,571	233,753	258,838	285,060	258,275	290,144	302,665	310,372	327,207	317,173	2,813,058

Fuente: DGSP

Implementación del Plan de Intervención contra el Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes

A partir de la realización del Primer Congreso de Adolescentes, con la participación de 500 alumnos de diferentes colegios de Lima y Callao, se inició en coordinación con DEVIDA la implementación del plan de intervención contra el consumo de alcohol y otras drogas adolescentes.

Se ha realizado la intervención en los Colegios Diego Ferré, Teresa González de Fanning, Alfonso Ugarte, Juana Alarco de Dammert, Gabriela Mistral y Trilce, beneficiando a 1,300 alumnos. Además en las regiones de Arequipa, Junín y Lambayeque.

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 año 2013 se ha incrementado en 03 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 190 Módulos.

MÓDULOS DE SALUD MENTAL

DIRESA/GERESA	NÚMERO
Amazonas	5
Ancash	6
Apurímac	6
Arequipa	16
Ayacucho	7
Cajamarca	1
Callao	10
Cusco	5
Huancavelica	1
Huánuco	10
Ica	3
Junín	7
La Libertad	11
Lambayeque	13
Lima Región	5
Lima Ciudad	7
Loreto	2
Madre de Dios	8
Moquegua	10
Pasco	1
Piura	13
Puno	5
San Martín	13
Tacna	12
Tumbes	5
Ucayali	8
Total	190

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

Actualmente se cuenta con 51 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. Se viene implementado la Directiva Sanitaria que regula el funcionamiento de los MAMIS en todas las regiones de nuestro país.

MÓDULOS DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE EN SALUD (MAMIS)

DISA/DIRESA/GERESA	Nº	REGIÓN
Lima Sur	03	
Lima Este	03	
Lima Ciudad	04	
DIRESA Lima	03	Lima
Callao	02	Callao
Ica	06	Ica
Cusco	02	Cusco
Apurímac I	05	Apurímac
Ayacucho	02	Ayacucho
Madre de Dios	02	Madre de Dios
Arequipa	04	Arequipa
Pasco	01	Pasco
Loreto	01	Loreto
La Libertad	01	La Libertad
Ucayali	02	Ucayali
Lambayeque	01	Lambayeque
Tumbes	01	Tumbes
Cajamarca	01	Cajamarca
Huancavelica	05	Huancavelica
Puno	01	Puno
Amazonas	01	Amazonas
TOTAL	51	

184 Brigadas de Intervención en Emergencias y Desastres, brindan atención en situaciones de emergencias y desastres, además ofrecen acompañamiento psicoemocional a las víctimas y diagnosticando y tratando las patologías psiquiátricas detectadas.

Están distribuidas en las diferentes regiones del país: Tumbes 05 brigadas, Lambayeque 03 brigadas, Ancash 01 brigada, Lima 91 brigadas, Huancavelica 03 brigadas, Ica 06 brigadas, Ayacucho 03 brigadas, Arequipa 02 brigadas, Apurímac 04 brigadas, Moquegua 07 brigadas, Amazonas 01 brigada, Huánuco 03 brigadas, Ucayali 02 brigadas, Cerro de Pasco 03 brigadas, Junín 04 brigadas, Madre de Dios 01 brigada, Cuzco 10 brigadas, Puno 02 brigadas, Tacna 04 brigadas.

Salud Bucal

Con el objeto de solucionar el estado deficiente de Salud Bucal en el Perú, el Gobierno Peruano emitió la Resolución Ministerial N° 538-2005/MINSA, considerando que la salud bucal en nuestra población atraviesa una situación crítica debido principalmente a la alta prevalencia de patologías Odontoestomatológicas, por lo que en el marco de las mencionadas políticas y estrategias, es necesario implementar un Plan Nacional, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención en Salud Bucal.

Logros Sanitarios:

- ✓ Implementación en el 90% de las Regiones del país del Plan Nacional de Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles “Vuelve a Sonreír”, aprobado con Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA, entregándose al mes de Octubre del 2013, 3972 prótesis dentales a los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema.
- ✓ 59,529 Adultos Mayores en situación de pobreza y pobreza extrema con atención odontológica en el marco de la implementación de Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA.
- ✓ Desde el lanzamiento del plan en el mes de mayo del 2012, se han entregado 10,610 prótesis dentales a nivel nacional y se han realizado 100,044 atenciones a adultos mayores en situación de pobreza y pobreza.
- ✓ 1'779,459 atendidos en Salud Bucal a nivel nacional.
- ✓ 5'409,234 de atenciones en Salud Bucal a nivel nacional.
- ✓ Se ejecutó la evaluación de las enfermedades prevalentes de Salud Bucal (caries dental, fluorosis del esmalte, enfermedad periodontal, mal oclusión y disfunción), factores de riesgo y necesidad de tratamiento en la población escolar de 3-15 años, en todas las regiones del país y Lima Metropolitana.
- ✓ Se examinó un total de 14,517 escolares de IE públicas y privadas del ámbito urbano y rural a nivel nacional.

N° de prótesis entregadas	N° de adultos mayores con atención odontológica
10,610	100,044

Atendidos en Salud Bucal	Atenciones de Salud Bucal
1,779,459	5,409,234

DEPARTAMENTO	URBANO	RURAL
	N° de alumnas a muestrear	N° de alumnas a muestrear
AMAZONAS	283	263
ANCASH	269	207
APURIMAC	376	241
AREQUIPA	423	70
AYAQUCHO	342	192
CAJAMARCA	221	367
CALLAO	502	0
CUSCO	352	221
HUANCAVELICA	213	319
HUANUCO	265	205
ICA	471	62
JUNIN	305	232
LA LIBERTAD	332	166
LAMBAYEQUE	411	123
LIMA CIUDAD	427	0
LIMA ESTE	518	0
LIMA PROVINCIAS	402	141
LIMA SUR	528	0
LORETO	323	234
MADRE DE DIOS	376	112
MOQUEGUA	416	111
PASCO	323	215
PIURA	320	190
PUNO	374	201
SAN MARTIN	360	199
TACNA	277	82
TUMBES	302	82
UCAYALI	340	190
TOTAL	10,001	4,516

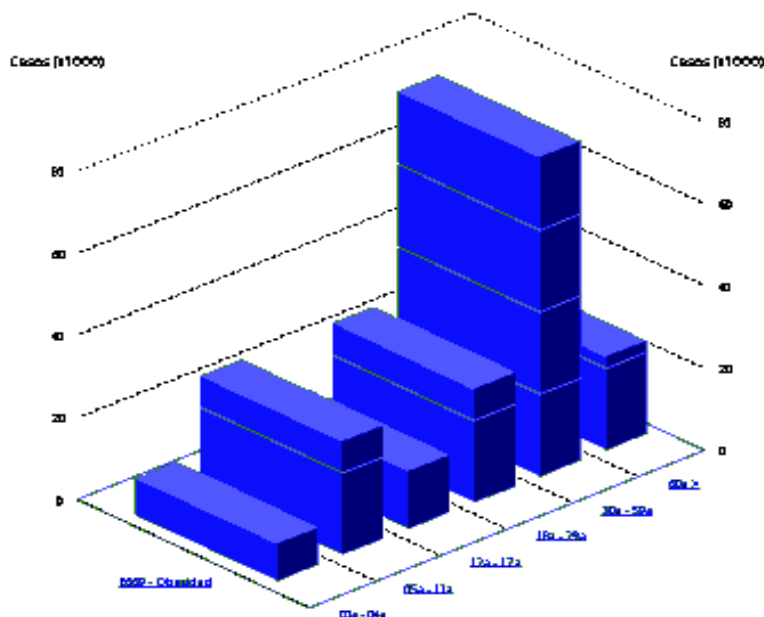
Fuente: Aplicativo vuelve a sonreír – HIS – SIS Octubre 2013

Enfermedades No Transmisibles

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el país, en el marco de la Atención Integral de Salud. Actualmente constituyen un problema de salud pública en el mundo y su mayor prevalencia es en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo como el nuestro, donde el cambio de nuestra pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como el cáncer, la diabetes mellitus, hipertensión arterial y ceguera.

En el año 2012, se han realizado 1'605,735 tamizajes de factores de riesgo en las diferentes etapas de vida, dentro de los cuales se ha identificado principalmente problemas relacionados con la dieta y hábitos alimenticios inapropiados, Obesidad, dislipidemia y adiposidad localizada. Hasta el mes de octubre del 2013, se han realizado 1'594,755 tamizajes de factores de riesgo, que en relación al año 2012, es el 99.32% a comparación de lo realizado en el año anterior, lo que significa una mejora en la oportunidad de atención e identificación de factores de riesgo en la población para las enfermedades no transmisibles, como es la Obesidad para la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, siendo las regiones Piura, Puno, Ancash, La Libertad, Arequipa y Ayacucho las de mayor valoración Clínica de Factores de Riesgo.

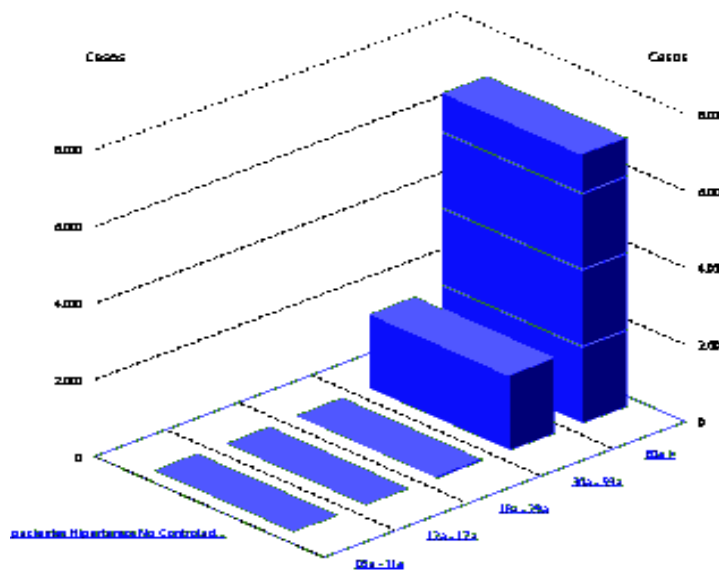
Factor de Riesgo: Obesidad
Fuente: OGEI, octubre 2013



Tratamiento y Control de Hipertensión Arterial

Durante el año 2012, se han registrado 2,041 tratamientos a pacientes con Hipertensión Arterial. Asimismo hasta el mes de octubre 2013, se han registrado 9,065 tratamientos a pacientes con Hipertensión Arterial, observándose un incremento en la administración del tratamiento del 344%, siendo las regiones de Loreto, La Libertad, Piura, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Ica y Apurímac con mayor número de intervenciones en el tratamiento de pacientes con Hipertensión Arterial y en especial consideración en las etapas de vida adulto y adulto mayor.

Administración de tratamiento de Diabetes Mellitus durante el año 2013
Fuente: OGEI, octubre 2013



Problemática del Cáncer

En el marco de los lineamientos de reforma del sector salud, la cobertura integral de las personas que tienen cáncer es una política pública que responde a las necesidades de la población en un tema muy sensible por su connotación cultural, socioeconómica y por el avance tecnológico ligado al tratamiento actual.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad general en el país, luego de las enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Panamericana de la Salud, el 45% de las muertes por cáncer a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1,2 millones en 2008 hasta 2,1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida.

El Cáncer en el Perú comprende un grupo de más de 100 patologías, el número de AVISA perdidos por cáncer (Tumores malignos) es de 418,960 que constituye el 8.0% de la carga de enfermedad nacional, afectando a toda la población en el ámbito nacional, los indicadores epidemiológicos se encuentran en incremento, para el período 2006-2010, la vigilancia epidemiológica de cáncer muestra que el número de casos nuevos vario de 16,668 (año 2006) a 18,160 (año 2,010), la tendencia de los egresos hospitalarios a nivel nacional para este período también ha sido ascendente.

En el origen y desarrollo de estas neoplasias intervienen varios factores: Individuales (edad, factores genéticos, de los estilos de vida de la persona), del entorno inmediato (familia, amigos), factores vinculados al ambiente (centros laborales, centros educativos, noxas ambientales) y otros que condicionan las intervenciones: factores del sistema de salud (oferta de servicios para la prevención, detección y atención) determinantes sociales, económicos y culturales; todos ellos como factores condicionantes y condicionados por la denominada triple transición (demográfica, epidemiológica y sanitaria). Existe un incremento de la prevalencia de ciertos factores de riesgo para cáncer tales como el bajo consumo de frutas y verduras, consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad.

Documentos Normativos:

- ✓ El Plan Esperanza es una prioridad nacional expresada con la emisión del Decreto Supremo N° 009-2012-SA que aprueba el “Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú – Plan Esperanza”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA: “Listado de enfermedades de alto costo” incluye los cánceres más frecuentes: Cuello uterino, Mama, Colon, Estómago, Próstata, Leucemias y Linfomas.

- ✓ Resolución Ministerial N° 323-2013/MINSA: Incorporan Lista complementaria de medicamentos para el tratamiento de enfermedades neoplásicas en el Documento Técnico denominado “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”.
- ✓ Conformación de la Comisión Sectorial encargada de implementar el “Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento de los Servicios Oncológicos en el Perú - Plan Esperanza” (Resolución Ministerial N° 215-2013-MINSA).
- ✓ Resolución Ministerial N° 229-2013/MINSA que modifica al Responsable Técnico del Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, designando a la Dirección General de Salud de las Personas.
- ✓ Aprobación con Resolución Ministerial N° 323-2013/MINSA “Listado Complementario de Medicamentos Oncológicos”.

OBJETIVO GENERAL 4:

DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA

Prevención y Control de la Tuberculosis

La tuberculosis se constituye en un problema de salud pública presente a nivel nacional por lo que el Estado Peruano responde garantizando la gratuidad de la detección, diagnóstico y tratamiento, estas intervenciones han permitido disminuir la casuística y tasas de tuberculosis, tal como se observa en la tabla siguiente:

Indicador	2011	2012	2013
Casos totales - morbilidad	32,703	31,705	30,872
Tasa de morbilidad (casos totales por 100 000 habitantes)	109.7	105.2	101.3
Incidencia Total (Número absoluto de casos nuevos)	29,051	28,025	27,311
Incidencia Total TBP FP	17,805	17,653	16,785
Tasa de incidencia de TBP FP	59.80	58.80	55.08

Como se puede observar, existe una disminución de los principales indicadores de TB hacia el año 2013 respecto al año 2012.

Es de resaltar que los indicadores epidemiológicos de la tuberculosis han disminuido a pesar de que la búsqueda de sintomático respiratorio se ha incrementado durante el año 2013, observándose un incremento de 1% respecto del año 2012 (de 1,427,000 a 1,434,516). Hacia el año 2016 se espera alcanzar el objetivo de 4% de sintomático respiratorio identificado.

Hacia el año 2013 y como parte de las acciones de prevención y control de la tuberculosis, la ESNPCT desarrolló el “*Plan Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2013 – 2016*”, el cual posteriormente se ha ido focalizando en el “*Plan de Acción para el control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y Callao*” y posteriormente en el “*Plan para la reducción de la Tuberculosis en los distritos del Cercado de Lima y La Victoria 2013 – 2016*”, que tiene entre otros objetivos “*Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de TB sensible y TB resistente a medicamentos y abordar las determinantes sociales de la salud a través un enfoque multisectorial y de gestión territorial; ello debido a que en Lima y Callao se concentra el 54% de casos de tuberculosis sensible, el 82% de TB MDR y el 89% de TB XDR. Esta intervención está dirigida a intervenir en 107 EE.SS.: 08 hospitales y 99 establecimientos del primer nivel de las Direcciones de Salud de Lima Ciudad, Lima Este, Lima Sur y la Dirección Regional de Salud de Callao.*

Mediante Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, se aprobó la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona afectada por Tuberculosis, la cual, entre otras innovaciones presenta:

- ✓ Incluir entre sus objetivos específicos el abordaje de las determinantes sociales de la Tuberculosis.
- ✓ Fortalecimiento de la segunda fase de tratamiento para tuberculosis sensible: De 2 veces por semana de Isoniazida y Rifampicina a 3 veces por semana de los mismos medicamentos, disminuyendo con ello el riesgo de recaídas.
- ✓ Acceso universal a la prueba de sensibilidad rápida para descarte de formas de Tuberculosis Resistente.
- ✓ Realización de exámenes auxiliares basales para descarte de otras comorbilidades.
- ✓ Fortalecimiento de la red de laboratorios nacionales.
- ✓ Inclusión del manejo programático de la TB XDR, con inclusión de medicamentos del quinto grupo (Clasificación de la OMS), entre ellos, el Linezolid.
- ✓ Notificación obligatoria de Tuberculosis, que permitirá contar con lista nominal de casos (Resolución Ministerial N° 948-2012/MINSA).
- ✓ Introducción de la microscopía por fluorescencia LED.

Acceso a Prueba Rápida Molecular GENOTYPE® MTBDR:

El 26 de marzo de 2012 se emitió el Oficio Circular N° 1342-2012-DGSP/MINSA, ampliando la cobertura de acceso al uso de la prueba rápida de sensibilidad Genotype, habiéndose incrementado progresivamente su uso a nivel nacional, hallándose que el primer semestre del 2013 se han realizado 5 517 pruebas, lo que significa un incremento de 86% respecto del primer semestre 2012 (2 957 pruebas – total anual fue: 5 517). Hacia el 2016 se espera que el 100% de personas afectadas por la tuberculosis accedan a las pruebas rápidas de sensibilidad.

Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de la Red de Laboratorios de Salud Pública

Para el año 2013 se ha ampliado la cobertura de la red de Laboratorios, incrementándose de 05 a 07 laboratorios de pruebas rápidas para el diagnóstico de TB MDR, 02 laboratorios más: Región de Ica y Región Lima.

Así mismo, están en proceso de implementación 02 laboratorios moleculares, ubicados en Lima Este y Lima Sur.

Respecto a los principales logros y resultados obtenidos durante el periodo 2013 por el PARSALUD II orientados a contribuir con el escalamiento de acciones de prevención de la tuberculosis en población en general y en poblaciones de alta vulnerabilidad y expuestas a alto riesgo de infección tuberculosa, universalización del diagnóstico de Tuberculosis Multidrogo Resistente y Tuberculosis Extremadamente Resistente mediante la expansión del diagnóstico rápido y contribuir en universalizar el tratamiento integral de calidad a afectados por la tuberculosis; son los siguientes:

- ✓ 1,937 atenciones a las personas afectadas TB MDR / TB XDR en interconsultas psiquiátricas y evaluaciones psicológicas, medicamentos por comorbilidades y RAFAS, exámenes auxiliares y/o interconsultas con especialidades, y/o en apoyos pre quirúrgicos.
- ✓ 04 operaciones quirúrgicas como parte de las prestaciones de la Clínica Stella Maris (Bajo el contrato de servicios con la clínica para cubrir la demanda de exámenes pre y post operatorios para evaluación de pacientes con posibilidad quirúrgica y cirugías de tórax).
- ✓ 23 establecimientos de salud fueron beneficiados con la asistencia técnica para la elaboración de sus PCIITB durante la V y VIII Ronda FM (fase1) Ronda del Fondo Mundial: 8 en Lima Metropolitana, Callao y 15 en diez regiones del país: Ancash (1), La Libertad (2), Lima (2), Loreto (2), Lambayeque (2), Ucayali (2), Piura (1), Cusco (1), Puno (1), Junín (1). Actividad realizada por PARSALUD II y ESN PCT.
- ✓ 16,200 respiradores N95 distribuidos a la DISA Lima Este, DISA Lima Sur, DISA Lima Ciudad, DIRESA Ica, DIRESA Lima y DIRESA Callao.
- ✓ 149 planes locales aprobados por DIRESAS y Gobiernos Regionales para la implementación de la AITER/PAL.
- ✓ 500 pruebas para el sistema automatizado de diagnóstico rápido y susceptibilidad de micobacterias (BACTEC MGIT 960) entregadas al Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias del INS.
- ✓ 2,000 test de identificación del complejo Mycobacterium tuberculosis entregados al Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias del INS.
- ✓ 285 profesionales de la salud (Enfermeras y personal de laboratorio) capacitados en el uso del sistema de información para diagnóstico TB – Netlab y en la toma de muestra y llenado de ficha bacteriológica (11 talleres realizados).
- ✓ 306 profesionales y técnicos de laboratorio capacitados en el nuevo manual de control de calidad de baciloscopia, lo que permitirá la rápida aplicación a nivel

nacional de la nueva metodología anteriormente mencionada (14 talleres realizados).

- ✓ 225 profesionales psicólogos y psiquiatras capacitados en terapia grupal de la salud mental para la atención psicoemocional a personas afectadas de TB MDR y TB XDR en 11 direcciones de salud: Lima Ciudad, Lima Este, Callao, Lima Sur, Lima Región, Ancash, Arequipa, La Libertad, Lambayeque, Ica y Ucayali.
- ✓ 343 agentes comunitarios de salud, 08 organizaciones de personas afectadas de TB (OAT) y 61 profesionales de la salud capacitados en soporte emocional e identificación de signos de alarma psicológicos y psiquiátricos relacionados al tratamiento para afectados por TB.
- ✓ 667 personas (entre afectados por TB MDR, sus familiares y profesionales de la salud) con capacidades para favorecer la adherencia al tratamiento a través de la realización de 28 actividades recreativas.

Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA y Hepatitis B

La prevalencia de VIH en población general es de 0.23%, siendo mayor en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), cuya prevalencia llega hasta el 12.4%. (Estudio de Vigilancia 2006 y 2011. DGE).

Desde el año 1983 hasta el mes de enero de 2014, se han reportado 52 490 casos de VIH y 31 157 casos de SIDA.

Las estimaciones de ONUSIDA al mes de diciembre del 2012, indican que existen 76 mil personas viviendo con VIH en el país (Informe Mundial 2013, ONUSIDA).

Más del 70% de todos los casos de VIH pertenecen a las ciudades de Lima y Callao. El 97% de las personas con VIH se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas. Más del 50% de los casos de VIH se registran en personas de 20 a 34 años. El 77% de los casos notificados son varones, existiendo por cada tres varones infectados una mujer infectada.

Reducción de los casos notificados de SIDA en el Perú

En el año 2012 se notificaron 1 077 casos y hasta diciembre del año 2013 se han notificado 1 009 casos de SIDA a nivel nacional.

Sostenibilidad del Tratamiento antirretroviral gratuito

El Estado a través de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Essalud, ONGs, Fuerzas Armadas y Policiales, ofrece tratamiento antirretroviral gratuito a 26 785 adultos y 717 niños a nivel nacional. (Estrategia ITS/VIH/SIDA).

Incremento de la oferta de Tratamiento Antirretroviral

En relación al año 2012, se ha incrementado de 82 a 97 (18%) el número de establecimientos del Ministerio de Salud que ofrecen terapia antirretroviral. Los establecimientos están localizados en todas las regiones de país. El último centro se ubica

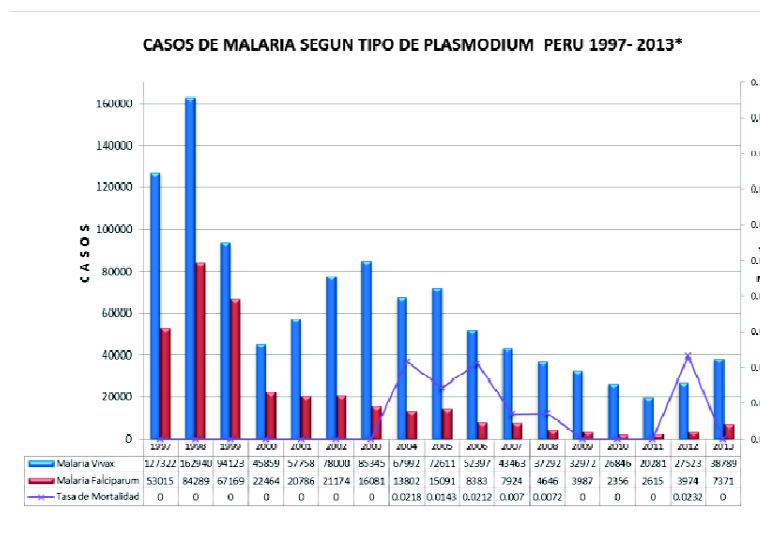
en el distrito de Santa María de Nieva, provincia de Condorcanqui (Amazonas) y beneficiará a las etnias awajun y huampis. (Estrategia ITS/VIH/SIDA).

ENFERMEDADES METAXÉNICAS

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, es una instancia dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, que articula a los órganos del Ministerio de Salud, y extra sectoriales, con el propósito de gestionar de manera eficiente las intervenciones sanitarias dirigidas a reducir y controlar la transmisión de las enfermedades metaxénicas en el ámbito nacional, con criterio de accesibilidad, calidad, eficiencia, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, con énfasis en la de menos acceso y deprimida. Norma, regula, monitoriza y evalúa las acciones de prevención y control desarrolladas en pro de controlar y reducir los efectos de las enfermedades metaxénicas en la población.

Malaria

A la SE 49 del 2013, se han notificado un total de **46,160 casos**, observándose un incremento del 31.7%, con relación al año 2012 (46,160 / 31,497). Más del 97.5% de los casos son reportados por 03 regiones de Salud: Loreto, Junín y Ayacucho, seguidos por las regiones Cusco, Madre de Dios y Ucayali.



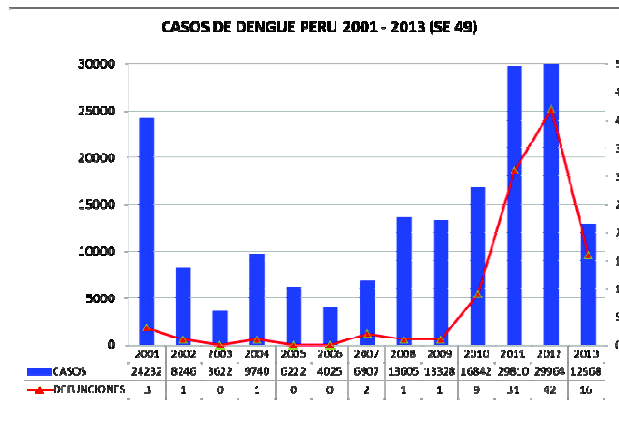
Se han priorizado 10 regiones con transmisión demostrada de casos de malaria, para el monitoreo y seguimiento de las actividades de control.

Respecto a la Malaria por P. falciparum, en los últimos 04 años se venía presentando una reducción importante (hasta del 15.9%), pero desde finales del 2012, se ha vuelto a

incrementar, especialmente por el cambio climático: lluvias, inundaciones, entre otros, que incrementan los criaderos donde el vector se reproduce. Por lo antes expuesto las regiones vienen desarrollando acciones de prevención y control, especialmente para controlar al reservorio humano y evitar la diseminación de la enfermedad.

Dengue

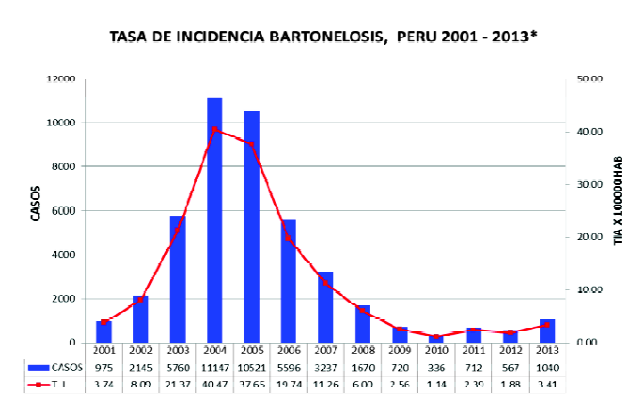
Para el año 2013 (SE: 49), se han registrado 14,415 casos, observándose un descenso del orden del 56.72%, con relación al año 2012; asimismo los casos de Dengue grave registran un descenso del 63% con 16 fallecidos, frente a los 42 fallecidos ocurridos el año 2012.



El 80.6 % del total de casos de Dengue son reportados por 05 regiones: Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Piura y Cajamarca.

Enfermedad de Carrión

Para los dos últimos años, se observa un incremento en la morbilidad ocasionada por Enfermedad de Carrión de aproximadamente 83.42%, con relación al año anterior, registrándose para el 2012 un total de 567 casos, con 08 fallecidos. Este incremento se debe al brote presentado, durante el tercer trimestre en el distrito de Lalaquiz-Provincia de Huancabamba de la Región Piura. Este brote está controlado.

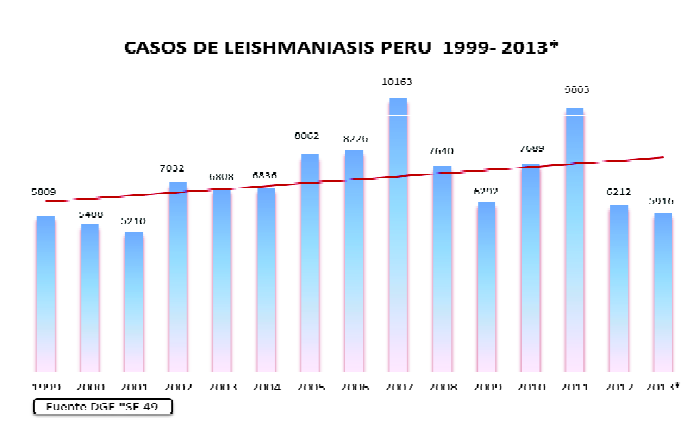


El 97.16% del total de casos fue reportado por 05 regiones; Ancash, Cajamarca, Amazonas, Ayacucho y Piura.

Leishmaniosis

La tendencia de la Leishmaniosis en el Perú es a la disminución de casos, reportándose 6,212 en el 2012 y 5,916 a la SE 49 del 2013.

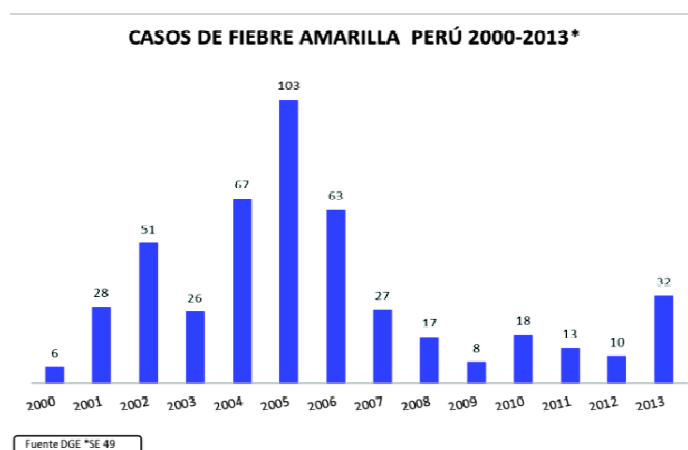
Disminución de la proporción de L. Mucocutánea / Cutánea de 6.47 a 93.53%. Se reportaron defunciones por Leishmaniosis.



Fiebre Amarilla

Durante el año 2012 se reportaron 10 casos de Fiebre Amarilla y hasta la SE 49 del 2013: 32 casos, siendo estos en población migrante a zonas con riesgo de transmisión, con 10 fallecidos.

Las DIRESAs de San Martín y Cusco reportan el 81.82% del total de casos.



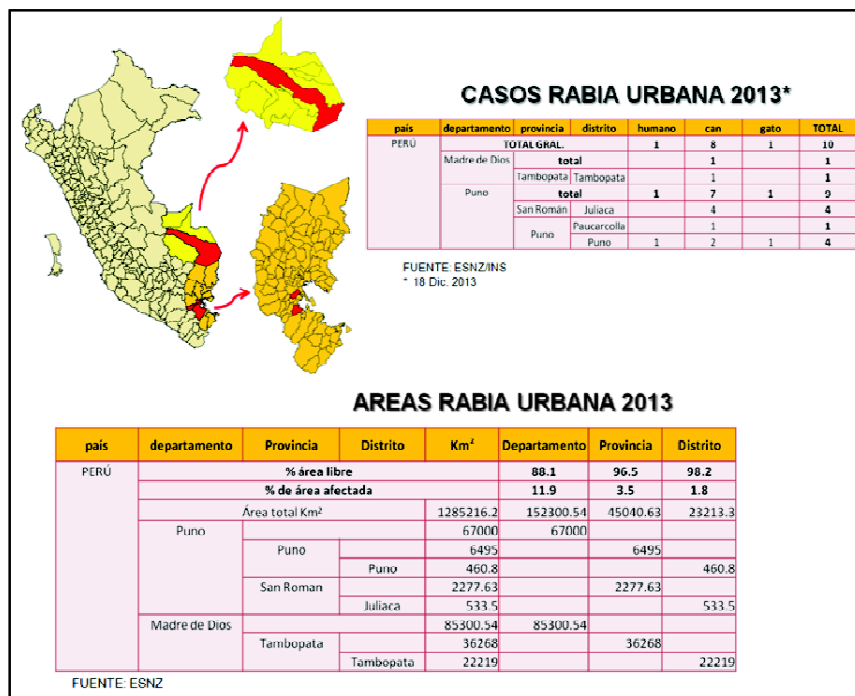
En cuanto a logros sanitarios, se tienen:

- ✓ No se han registrado casos agudos de enfermedad de Chagas transmitidos por *Triatoma infestans* en menores de 5 años en la macro región sur.
- ✓ Se evidencia una reducción del orden 56,72% del número de casos de dengue en comparación al año 2012, evidenciándose un menor incremento de la morbilidad en relación a otros países de Sudamérica. Pese a que la dispersión del vector a localidades donde anteriormente no existía.
- ✓ Reducción de la mortalidad por Bartonelosis o Enfermedad de Carrión en el orden del 60.3% en relación al año anterior.
- ✓ Disminución en el 10% del reporte de casos de Leishmaniosis, en comparación al año 2012. No se reportaron casos mortales por Leishmaniosis.

ENFERMEDEDES ZONOTICAS

La Estrategia Sanitaria Nacional de Zoonosis tiene como objetivo principal fortalecer el gerenciamiento de las acciones de prevención y control de las zoonosis, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, tratando de identificar al máximo los recursos técnicos posibles para permitir las mayores probabilidades de impacto, que buscan el mejoramiento de la salud de las personas en el marco de la Atención Integral de Salud.

Rabia Urbana



El Perú se encuentra en proceso de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en todo el territorio nacional y en el fortalecimiento de la prevención y control de la rabia humana transmitida por murciélago hematófago. Siendo el compromiso de los