



MEMORIA ANUAL 2014



INDICE

Presentación	1
Reseña Histórica	3
Visión y Misión	7
Estructura Orgánica	8
Principales Actividades	9
Logros obtenidos y dificultades presentadas	11
Análisis de la ejecución del presupuesto de ingresos, gastos e inversión	79



PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud es la autoridad de salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa 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.

En el marco de la Reforma del Sector Salud, el MINSA viene impulsando una política de modernización en la gestión del sector en su conjunto. Como parte de ello, aprobó la Hoja de Ruta para la implementación de la Reforma Institucional y el Mapa de Procesos del MINSA, con el fin de construir un modelo de gestión en el sector que reafirme su rol rector y genere una cadena donde cada actor que participa genere valor público para brindar servicios con calidad y oportunidad a los ciudadanos.

Otro importante hito es que la reforma promueve un mejor desempeño del personal, impulsa la meritocracia y hace más atractivo el trabajo en salud en zonas alejadas. La política remunerativa que está aplicando el Ministerio de Salud tiene cuatro objetivos centrales: lograr la equidad en los ingresos básicos del personal de Lima y las Regiones; promover un mejor desempeño en el personal para asegurar una mejor atención al público; impulsar la meritocracia y reconocer el esfuerzo personal del trabajador; y hacer más atractivo el trabajo en salud, en particular en zonas donde es difícil atraer a profesionales. Bajo el nuevo modelo, la remuneración del personal de salud está conformada por un ingreso básico, que se ha incrementado de forma sustancial en el último año, y bonificaciones diferenciadas, de acuerdo al nivel de atención o gestión que el colaborador cumpla. Se establecen incentivos para el trabajo en atención primaria, atención especializada, zonas alejadas y de frontera, y zonas de emergencia. También se implementarán bonos por atención en servicios críticos, por responsabilidad jefatural y por departamentos o servicios hospitalarios. De forma adicional, existe una bonificación institucional por cumplimiento de metas, indicadores de desempeño y compromisos de mejora en el servicio, igual a una remuneración anual. Para lograrlo, se han suscrito convenios de gestión con los gobiernos regionales, los hospitales y las redes de Lima.

Esta política integral de remuneraciones se viene aplicando desde el 2013 y terminará de ser implementada, en cuatro etapas, en el 2015. El costo está calculado en 1,000 millones de nuevos soles, que ya están incorporados en los presupuestos anuales.

Asimismo, uno de los pilares de la reforma es llevar más y mejores servicios de salud a todos los peruanos, en particular a aquellos que viven en zonas carentes de estos. Esta labor está a cargo del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), que actúa en todo el país acercando la atención de salud a las comunidades alejadas y de difícil acceso para la atención de urgencias tales como el riesgo de muerte materno-infantil. Este servicio se ha reforzado con la adquisición de 234 ambulancias.



MEMORIA ANUAL 2014

Al año 2014, todas las madres gestantes y niños por nacer cuentan con un seguro; medio millón de trabajadores independientes fueron cubiertos por el SIS Emprendedor; estuvieron en operación las Brigadas de Especialistas Más Salud, en las regiones, y Farma-SIS, que facilitó la dotación de medicinas para tratar males crónicos; es así que se presenta la Memoria Anual 2014 del Ministerio de Salud, que recoge los principales logros y sólo algunas de las principales actividades en el año 2014.



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 Unanue, 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.

En 1997, se aprueba la Ley General de Salud, ratificando que la protección de la salud es de interés público, y dictándose otras normas complementarias que se enmarcan en la citada Ley. Se ratifica la responsabilidad del Estado en regularla, vigilarla y promoverla; y se ratifica que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado. Se plantea un cambio sustantivo en la perspectiva de la visión del Sector Salud, revalorando enfoques, fortaleciendo el rol del Estado en la salud conforme a la Constitución Política del Perú, y bajo el enfoque de derecho de las personas, las familias y las comunidades en dicha materia. Dentro de este marco también se aprueba posteriormente la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

En 2002, el Ministerio de Salud mediante la Ley N° 276571, Ley del Ministerio de Salud configura conceptos, objetivos, procesos y nuevos escenarios, relevando el rol de Autoridad frente al Sistema Nacional de Salud. En ese marco de cambios, en el 2002 se da también inicio al proceso de descentralización en el país, se configuran los Gobiernos Regionales y Locales, lo mismo que a través de la Ley Bases de Descentralización y las Leyes Orgánicas de Gobiernos Regionales y de Municipalidades, permite la transferencia del modelo centralista a un modelo de transferencia de competencias que tenía por objetivo asegurar acercar el Estado al ciudadano y a sus necesidades y contextos territoriales; sin embargo, mientras duró este proceso la cultura de vinculación del Ministerio con las Direcciones Regionales de Salud se mantuvo fuertemente durante esa década a medida que el proceso de descentralización iba desarrollándose y madurando. Con dicha transferencia, la administración de los servicios de salud se transfiere a los Gobiernos Regionales, conservándose en el nivel central, la gerencia de servicios de salud de nivel nacional (hospitales nacionales) e institutos, así como las redes y sus establecimientos de salud en el ámbito de Lima Metropolitana.



Derogada por el Decreto Legislativo N° 1161



Es así que el Ministerio decide consolidar el proceso de reforma que se ha venido llevando a lo largo de varios años, y en el año 2012, propone, bajo acuerdo con el Consejo Nacional de Salud, la Reforma del Sector Salud. Para tal fin, mediante Ley N° 30073, el Congreso de la República delega al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud, disponiendo entre otros la reorganización del Ministerio de Salud y la modernización del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de fortalecer la rectoría nacional y optimizar la oferta de servicios integrados que otorguen efectividad y oportunidad en las intervenciones, seguridad del paciente, calidad del servicio y capacidad de respuesta a las expectativas de los usuarios. Con esos Decretos Legislativos se pone de manifiesto un conjunto de arreglos normativos que instalan la oficialización de la ruta de la Reforma. En ese sentido, la Reforma busca concentrarse en 4 pilares:

- **MÁS Personas protegidas**

Involucra el cierre total de la brechas en la atención de salud, es decir, que todos los peruanos tengan un seguro con cobertura de salud integral y gratuita, sin que ninguna condición limite su derecho de recibir atención de calidad. Se alienta, además, la cobertura de emprendedores.

- **MÁS y Mejores servicios**

Las personas tienen derecho a recibir una atención calificada en establecimientos bien equipados, con horarios ampliados y atención eficiente, además de medicinas adecuadas. Para lograr una mejor cobertura, se hace uso de las APP, sin que esto implique privatizar el servicio.

- **MÁS protección de derechos en Salud.**

El trabajo articulado y la corresponsabilidad son dos características de la reforma. El SIS interviene como el financiador de servicios y la nueva Superintendencia de Salud (SUSALUD) vela por el derecho del ciudadano a una atención de calidad, en los ámbitos públicos y privado.

- **MÁS rectoría y gobernanza del sistema.**

Como conductor de la reforma, el MINSA está modernizándose para fortalecer su rol rector a nivel nacional. Los cambios incluyen la creación de un Viceministerio de Salud Pública, la creación y fortalecimiento de organismos especializados, y la organización basada en procesos en la institución y el sector.

La presente década, es protagonista de hechos de singular trascendencia 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, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud.



Base Legal

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

Ley N° 26842 – Ley General de Salud

Decreto Legislativo N° 1161 - Ley de Organización y Funciones 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.

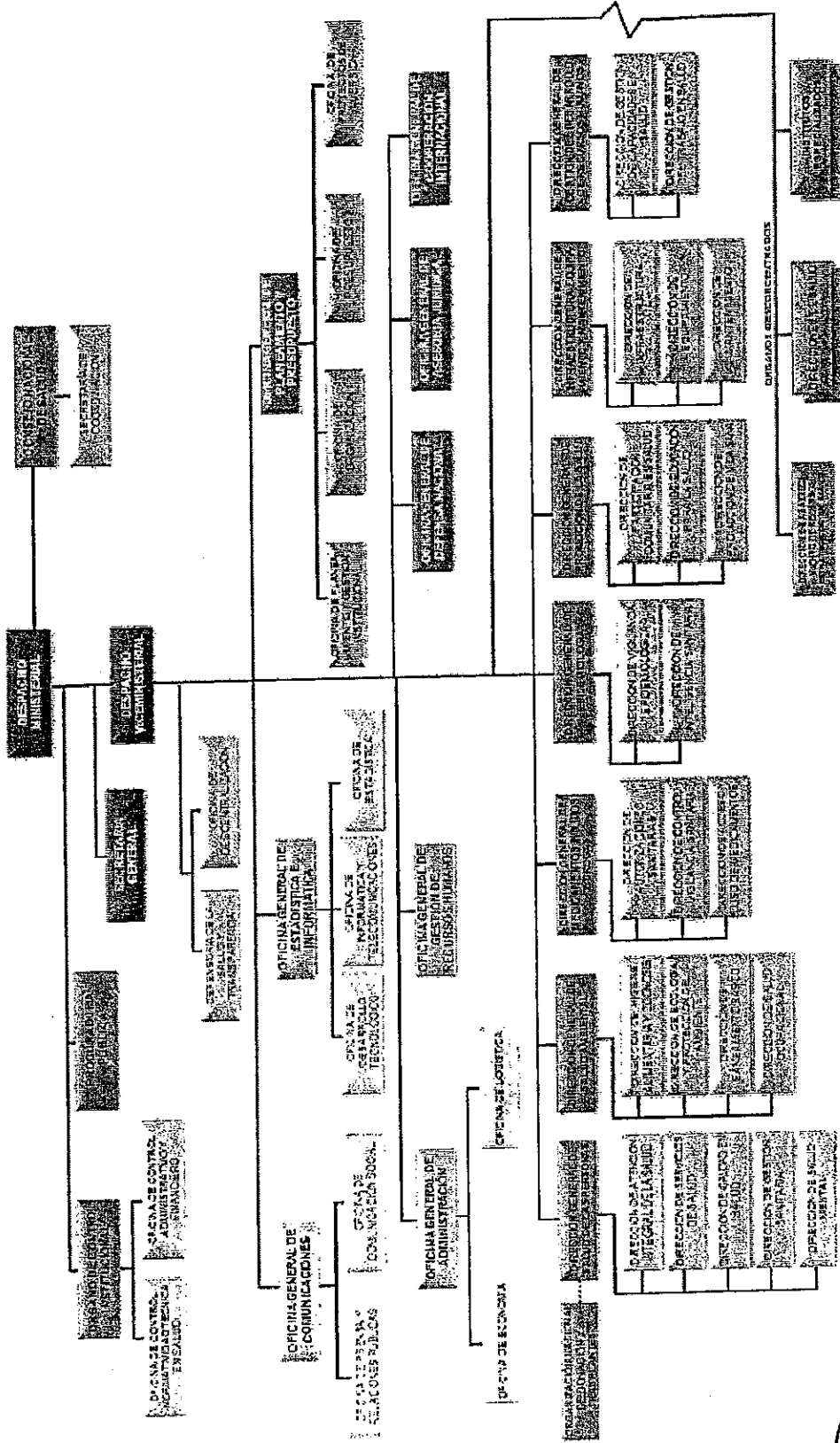
Misión

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.



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



En dicho organigrama, la existencia de un solo Viceministerio que gerencia la operación de todas las materias de competencia del Ministerio de Salud fue modificada bajo el Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA, definiendo 02 Viceministerios, y planteando la necesidad de un nuevo Reglamento de Organización y Funciones, que respondiera a los desafíos del marco estratégico de la Reforma del Sector Salud y del marco institucional, así como a la nueva configuración de actores y organismos del Sector, y a las materias de competencia definidas en el mandato legal.

Principales Actividades

De acuerdo al Art. 5° del Decreto Legislativo N° 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", son funciones rectoras del Ministerio de Salud son:

- Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.
- Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias, de su competencia.
- Conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a Ley.
- Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia, en el ámbito de su competencia.

Y como funciones específicas se tienen:

- Regular la organización y prestación de servicios de salud.
- Conducir, regular y controlar a los órganos desconcentrados, así como supervisar a los organismos públicos del sector.
- Establecer la política de aseguramiento en salud, regular a las entidades y los procesos vinculados a ésta.
- Proponer la regulación de infracciones y las sanciones por la transgresión o incumplimiento de las normas sanitarias.
- Promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud.



- Planificar y establecer las prioridades para el financiamiento de la atención de la salud y de la inversión nacional en salud.
- Promover, articular y desarrollar estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización.
- Coordinar con organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación internacional, así como canalizarla a los organismos públicos y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Agencia Peruana de Cooperación Internacional.
- Coordinar la defensa jurídica de las entidades bajo su competencia.
- Intervenir, mediante asistencia técnica, acompañamiento y movilización de recursos, en todo o en parte del territorio nacional, por razones de necesidad de salud pública, emergencias sanitarias o desastres.

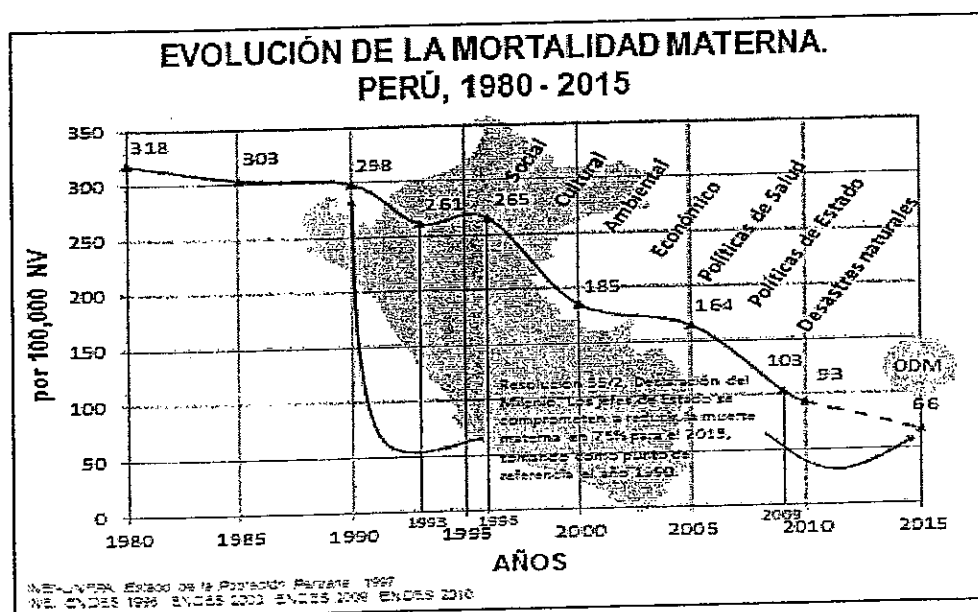


LOGROS OBTENIDOS Y DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL PERIODO

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

Mortalidad Materna

La mortalidad materna y neonatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas, entre otras. En América Latina la razón de mortalidad materna es de 74.3 x 100,000 n.v. y en el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere que la razón fue de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000 nv lo que representa un importante descenso.



Sin embargo, a pesar que de manera global hemos logrado reducir los indicadores respecto a muertes maternas en los últimos años, al interior del país, entre áreas y regiones, existen brechas que revelan que las muertes afectan de manera especial a mujeres de menores recursos, de más bajos niveles educativos, principalmente de áreas rurales afectando de manera especial a las mujeres pertenecientes a los distintos grupos indígenas dispersos por todo el país. Es decir el fenómeno de muerte materna traduce las inequitativas situaciones vigentes que respecto al bienestar que viven muchas mujeres en el país.



MEMORIA ANUAL 2014

Hasta la semana epidemiológica 52 del año 2014, tenemos registradas 400 muertes maternas, existiendo un incremento del 5% o sea 20 muertes maternas más en comparación con el año 2013.

MUERTE MATERNA POR LUGAR DE OCURRENCIA 2000 - 2014

REGION	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	457	445	440	380	400
AMAZONAS	15	17	14	17	12	15	18	11	11	18	13	11	11	11	11
ANCASH	31	30	27	13	22	25	18	18	16	17	19	14	19	14	14
APURIMAC	12	7	13	8	14	14	8	6	6	4	4	6	10	1	2
AREQUIPA	4	5	4	17	14	10	18	21	21	17	14	10	17	12	10
AYACUCHO	20	23	21	19	18	22	24	10	16	7	11	15	13	7	10
CAJAMARCA	67	49	53	63	55	57	50	50	41	50	43	33	40	29	26
CALLAO	5	3	8	8	5	5	12	8	12	7	10	14	11	12	18
CUSCO	58	41	54	43	56	45	20	26	22	21	20	27	21	23	28
HUANCAVELICA	14	26	14	28	36	18	9	14	15	11	18	4	5	2	6
HUANUCO	45	39	35	27	28	34	24	21	18	18	19	16	9	10	8
ICA	7	1	1	5	4	8	3	5	1	1	6	6	8	6	4
JUNIN	38	26	26	29	34	31	27	32	30	21	27	17	13	16	29
LA LIBERTAD	44	29	34	42	46	39	32	38	50	35	40	45	31	30	30
LAMBAYEQUE	23	23	15	16	24	29	20	34	18	26	17	17	23	19	21
LIMA	24	40	48	57	80	70	65	65	67	72	56	57	75	52	48
LORETO	35	28	30	23	29	30	30	34	37	28	31	34	27	29	32
MADRE DE DIOS	2	3	2	0	4	3	0	2	2	3	1	4	1	5	2
MOQUEGUA	3	0	0	0	2	0	1	3	1	0	1	0	1	1	0
PASCO	7	6	7	10	6	7	5	9	7	5	10	4	5	6	7
PILIVA	40	49	41	37	50	46	28	32	41	39	28	32	34	30	28
PUNO	74	48	55	66	35	52	56	36	40	33	37	41	30	25	25
SAN MARTIN	26	13	16	17	10	21	22	21	29	32	18	12	17	18	13
TACNA	1	1	1	2	6	3	3	3	1	3	1	3	4	5	1
TUMBES	1	2	2	2	0	2	0	3	3	2	3	3	2	2	3
UCAYALI	9	14	8	9	16	10	15	11	19	11	10	20	13	15	24

FUENTE: MINSAL - DGE - RENACE

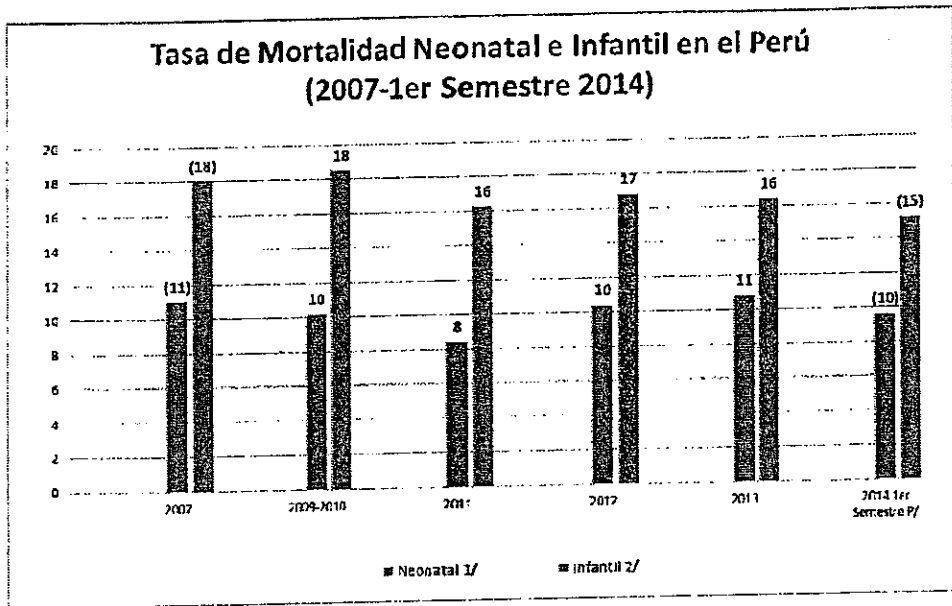
Cabe resaltar que el comportamiento de la muerte materna en estos últimos años ha descendido considerablemente en las regiones de mayor pobreza en el país: Huancavelica, Ayacucho y Apurímac.

Mortalidad Neonatal e Infantil

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) desde el 2007 al 1er Semestre del 2014 muestran que la tendencia de la mortalidad infantil continúa disminuyendo, llegando 15 por cada mil nacidos vivos en el primer semestre del 2014, lo que significa una disminución de 1 punto en comparación al año 2013. Sin embargo durante ese mismo periodo la mortalidad neonatal se mantiene estacionaria, llegando 10 por cada mil nacidos vivos en el primer semestre del 2014. La respuesta del Estado a la mortalidad neonatal se ha traducido en un avance de los lineamientos de política como el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, la actualización de la normatividad sobre Atención Integral de Salud Materna y Atención Integral de Salud Neonatal y la adecuación cultural de los servicios de salud.

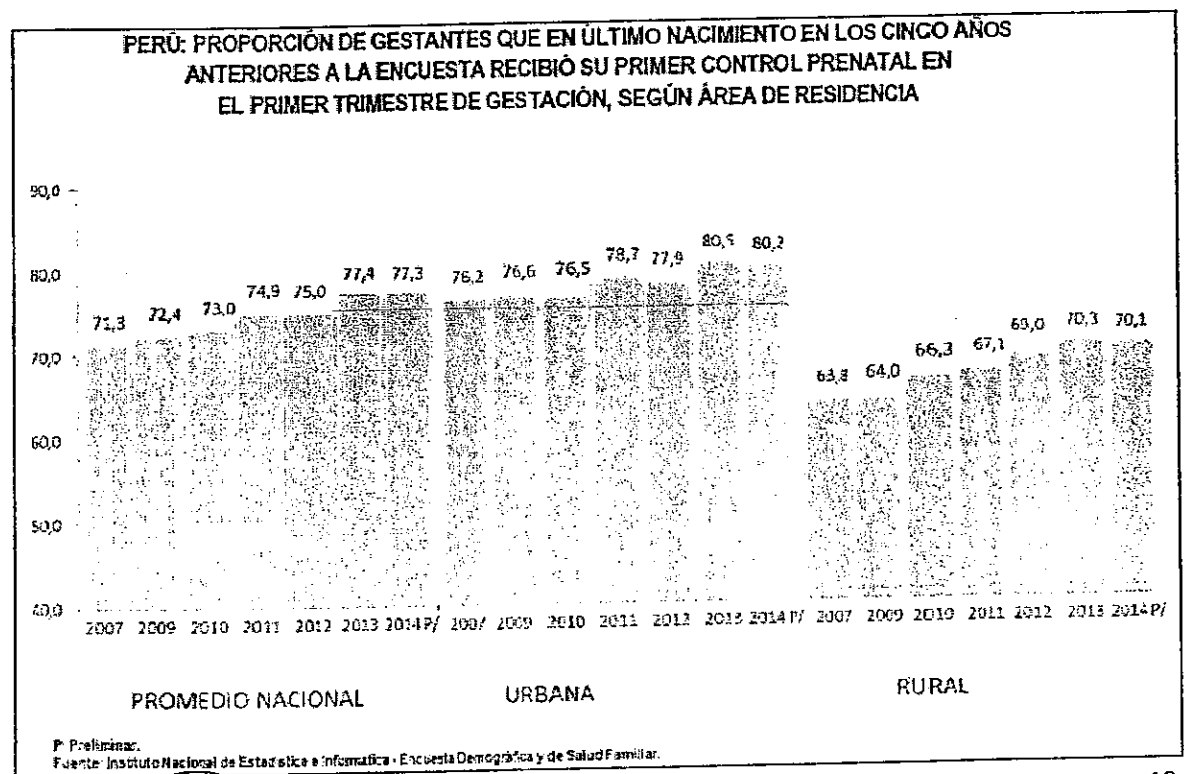


MEMORIA ANUAL 2014



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; quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo, al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente.

En el año 2014, el 77,3% de mujeres gestantes en su último nacimiento recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo; en el área urbana fue 80,2% y en el área rural 70,1%.



Atención Prenatal

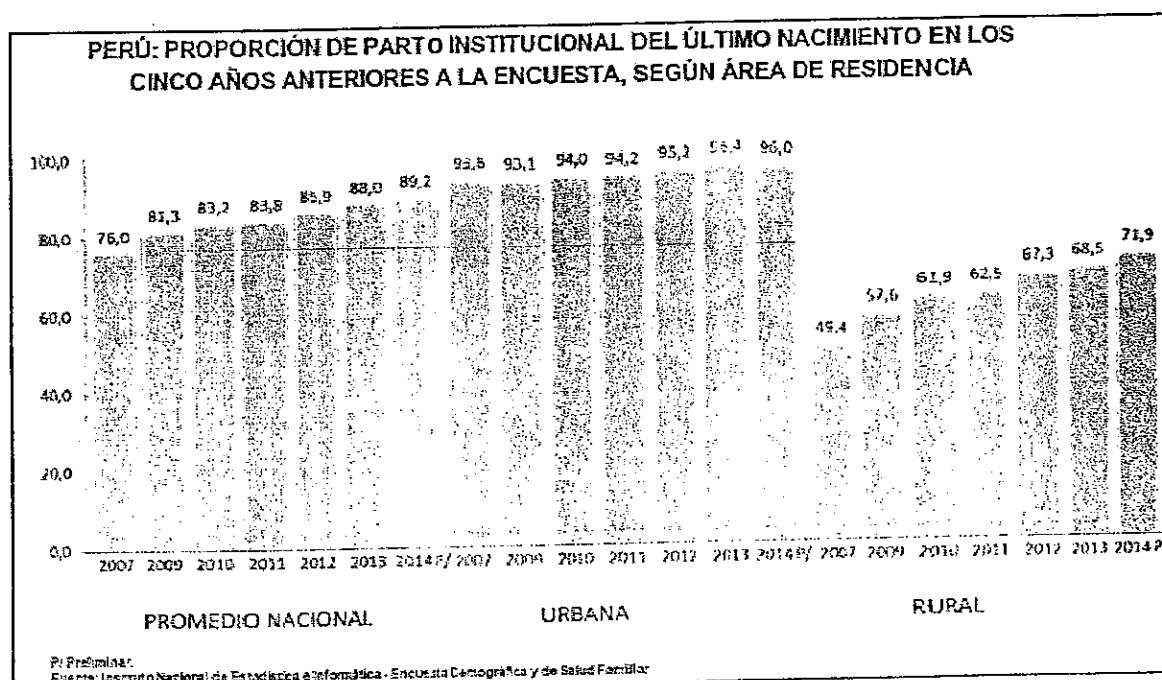
En relación a las gestantes que recibieron 6 ó más controles pre-natales, este indicador se ha incrementado reportándose un incremento de 50.6% al 2000, logrando un 87.5% para 2014 (según ENDES).

Programa	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Programa Salud Materno-Neonatal	Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 ó más controles prenatales	80.80%	81.00%	83.50%	84.50%	87.3%	87.5%

Parto Institucional

Se denomina **parto institucional** a aquel parto atendido en un establecimiento de salud por personal de salud, en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario. 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.

En el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, entre los años mencionados, la proporción de partos institucionales presenta un aumento, de 88,0% a 89,2%. Situación similar se advierte en el área rural que pasó de 68,5% a 71,9%. En el área urbana, no se observa diferencias significativas entre los años de análisis, pasó de 96,4% a 96,0%.



Parto Vertical

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

Con apoyo del PAR SALUD II, se realizó la capacitación del parto vertical con adecuación dirigida a profesionales de salud (Ginecólogos y Obstetras), con el fin de promover el parto vertical no sólo como una adecuación cultural de los servicios, si no como un derecho de todas las mujeres a decidir la forma de dar a luz de acuerdo a la evidencia científica.

Se capacitaron 282 profesionales, en las regiones de intervención del PARSALUD: Ayacucho (31), Huancavelica (20), Cajamarca (40), Puno (51), Apurímac (38), Amazonas (20), Huánuco (40), Ucayali (20) y Cusco (22). En las sedes de pasantías Cusco (C.S. Belemppampa), Huancavelica (C.S. Churcampa), Ayacucho (C.S. San José de Secce, C.S. Vilcashuaman), Ucayali (Hospital Amazónico) y Cajamarca (C.S. San Marcos).

Al 2014 (setiembre), según la Oficina de Estadística e Informática se lograron atender 32,846 partos verticales proyectándose un incremento en comparación del 2013, que fue 37,574.

PARTO VERTICAL	
REGIONES	2014
Amazonas	1,047
Ancash	2,172
Apurímac I	228
Apurímac II	483
Arequipa	799
Ayacucho	2,420
Cajamarca I	2,614
Cajamarca II - Chota	1,319
Cajamarca III - Cutervo	259
Cajamarca IV - Jaén	468
Callao	194
Cusco	3,145
Huancavelica	1,420
Huánuco	2,307
Ica	3
Junín	580
La Libertad	2,068
Lambayeque	124
Lima Ciudad	2,582
Lima Este	1,089
Lima Norte	1,344
Lima Sur	1,009
Loreto	1,341
Madre de Dios	37
Moquegua	22
Pasco	344
Piura I	235
Piura II	66
Puno	1,764
San Martín	317
Tacna	18
Tumbes	16
Ucayali	1,012
Total	32,846

37



15



Casas Moternas

Son los lugares de reposo y alojamiento de las gestantes que deciden dar a luz en algún establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y que viven en zonas alejadas que ponen en riesgo su seguridad en el caso que no lleguen a tiempo para la atención de su parto. Los recursos financieros son igualmente importantes pero son en menor escala y pueden ser hallados con más facilidad cuando todos los actores sociales natos de la comunidad comparten responsabilidades.

Actualmente se cuenta con 460 casas de espera que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales.

REGIONES CON CASAS MATERNAS	
REGIONES	CANTIDAD
CUSCO	103
HUANUCO	53
PUNO	48
HUANCAVELICA	43
AYAQUCHO	39
CAJAMARCA	30
JUNIN	28
APURIMAC	22
ANCASH	15
AREQUIPA	14
SAN MARTIN	10
LA LIBERTAD	11
AMAZONAS	8
PASCO	7
LORETO	6
LIMA REGION	7
PIURA	6
LAMBAYEQUE	3
MOQUEGUA	3
UCAYALI	2
MADRE DE DIOS	2
TOTAL	460

Otros logros:

- ✓ Formulación del Documento Técnico: "Orientaciones para el fortalecimiento del rol del agente comunitario de salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSA, elaboración de documentos de trabajo: 01 Cartilla Educativa en "Educación Sexual dirigido a padres de familia de niños de 0 a 5 años" y en "Casa Materna" dirigido a las gestantes y familiares, autoridades locales y personal de salud, así como 01 Módulo educativo dirigido al personal de salud para su aplicación con la comunidad educativa, en buenas prácticas de crianza con énfasis en el cuidado psicoafectivo de niños y niñas menores de 5 años.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades técnicas y metodológicas del personal de salud: capacitación a docentes de Instituciones Educativas del nivel primario, en Promoción de la Salud Sexual Integral: Presencial (60 docentes, 47 profesionales de la salud y 13 de Plan Internacional) y a través del Curso Virtual Básico de Formadores en Sexualidad para la Implementación de intervenciones en Instituciones Educativas (100 profesionales), 48 facilitadores regionales y tutores



locales con conocimientos básicos para implementar el Programa de Capacitación Integral del Agente Comunitario de Salud de las Direcciones Regionales de Salud de: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Huancavelica, Puno y Ucayali.

- ✓ 125,600 Consejerías en prácticas de salud materna y neonatal en los hogares con gestantes y puérperas.
- ✓ Participación de 1,503 ciudadanos en los Diálogos Ciudadanos, expresando sus percepciones y expectativas para mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional.
- ✓ 98 profesionales y no profesionales, personal de salud de EESS FONB con capacidad para realizar el Diagnóstico, Estabilización y Referencias de las complicaciones obstétricas-neonatales, 78 personas que laboran en los establecimientos FONE han desarrollado capacidades para la atención de las emergencias obstétricas-neonatales y 18 profesionales de FONI se han capacitado durante el 2014 para brindar cuidados intensivos neonatales en sus respectivos establecimientos de salud.
- ✓ 139 personas que laboran en el primer nivel de atención capacitadas en Parto Vertical para la implementación de esta modalidad en sus establecimientos de procedencia y 82 se encuentran culminando la post pasantía.
- ✓ 2360 ejemplares de Directiva Sanitaria (materno, RN) distribuidos en la Diresa Huancavelica que vienen permitiendo a su personal de salud contar con documentos de consulta para fortalecer sus competencias y mejorar la atención a la madre y recién nacido. Directivas sanitarias para la atención materna, 680 ejemplares y Directivas sanitarias para la atención del recién nacido, 680 ejemplares.
- ✓ 128 EESS FONB priorizados con profesionales de la Salud responsables de saneamiento y/o de bioseguridad capacitados en el manejo de residuos sólidos.
- ✓ 01 documento de evaluación (primer corte) del piloto de implementación de Telesalud Materno Neonatal en la región Ucayali.
- ✓ 01 Documento técnico del Modelo de Telesalud Materno Neonatal actualizado, incluye propuesta de línea de base y plan de gestión.

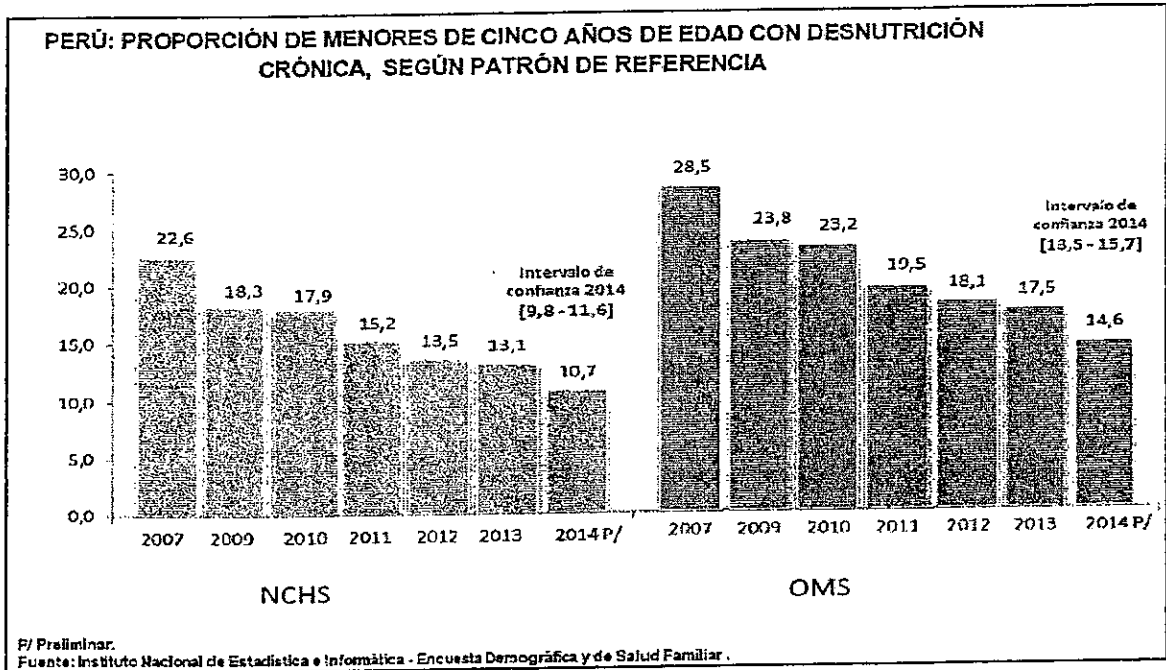
OBJETIVO GENERAL 02:

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

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país. Disminuye, de 13,1% en el año 2013 a 10,7% en el 2014, cuando se utiliza el Patrón Internacional de Referencia recomendado por National Center for Health Statistics (NCHS) y con el Patrón de Referencia de crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pasó de 17,5% a 14,6%, en el mismo periodo.



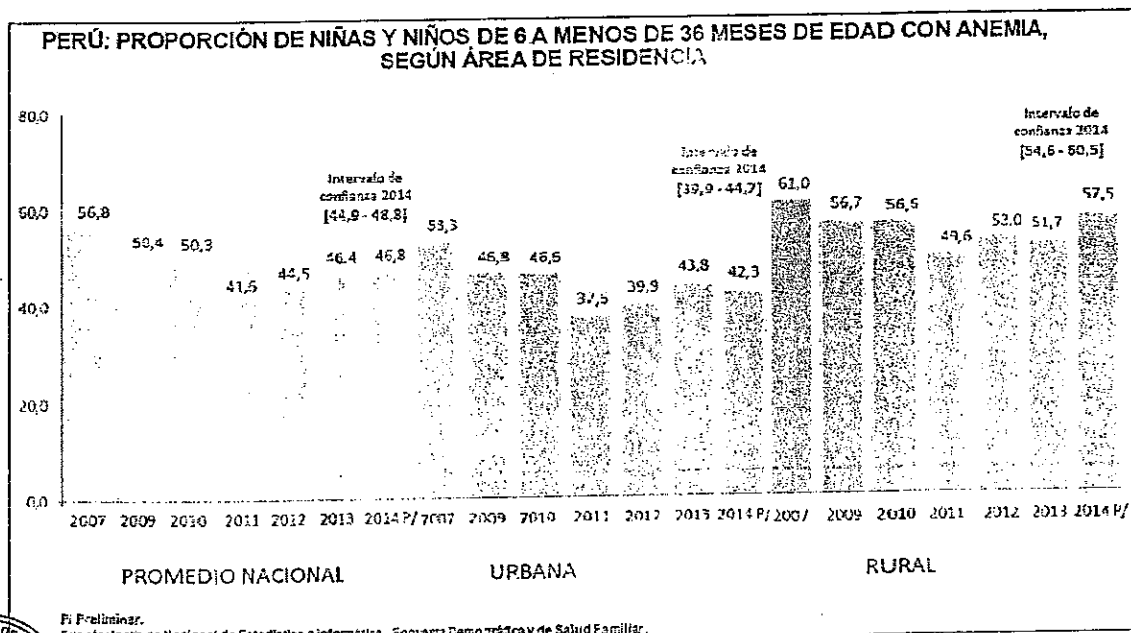
MEMORIA ANUAL 2014



Anemia

La anemia por déficit de hierro es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta al 46,8% de niñas y niños menores de tres años de edad. Esta deficiencia es más frecuente en el área rural (57,5%) que en el área urbana (42,3%), en el 2014.

Con respecto al año 2013, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad no muestra cambios significativos pasó de 46,4% a 46,8%; sin embargo, en el área rural se incrementó, de 51,7% a 57,5%.

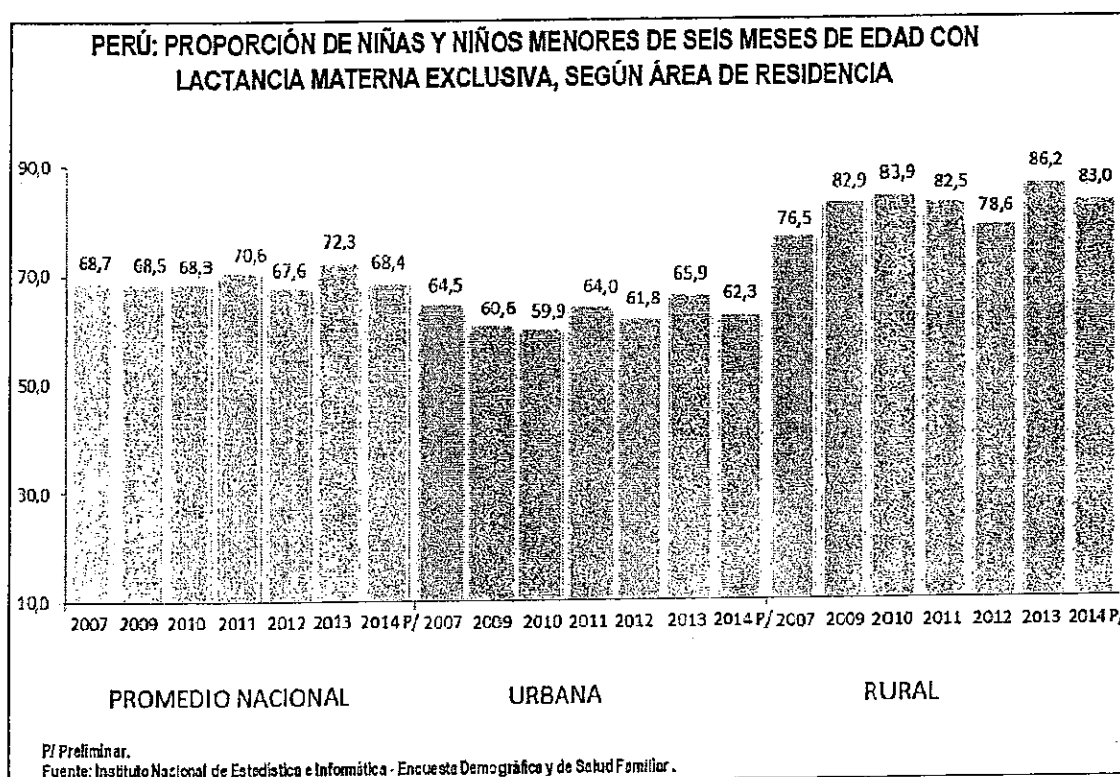


Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o al niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

En el año 2014, el 68,4% de niñas y niños menores de seis meses de edad recibieron leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (83,0%) que en el área urbana (62,3%).

En el periodo de análisis, la prevalencia de la lactancia materna revela que en el área urbana esta práctica bajó de 65,9% a 62,3% y en el área rural, de 86,2% a 83,0%.



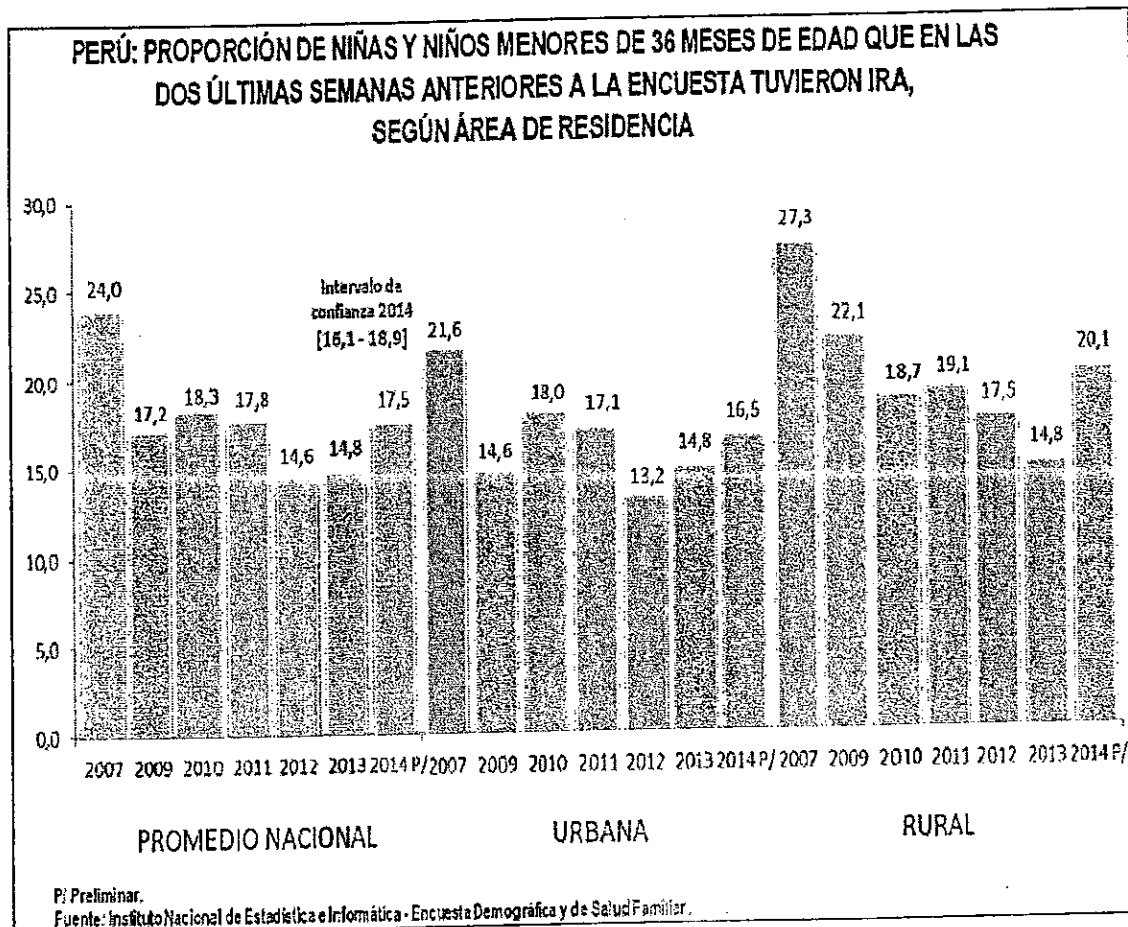
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las Infecciones Respiratorias Agudas "IRA" son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de morbilidad y mortalidad en niñas y niños menores de



cinco años y en personas mayores de 60 años de edad. Las IRA son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

A nivel nacional, en el año 2014, el 17,5% de los menores de tres años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia un incremento respecto a la estimación del año 2013 (14,8%). Según área de residencia, en el área rural se observó un aumento de 5,3 puntos porcentuales (de 14,8% a 20,1%) y en la urbana, de 1,7 puntos porcentuales (de 14,8% a 16,5%).

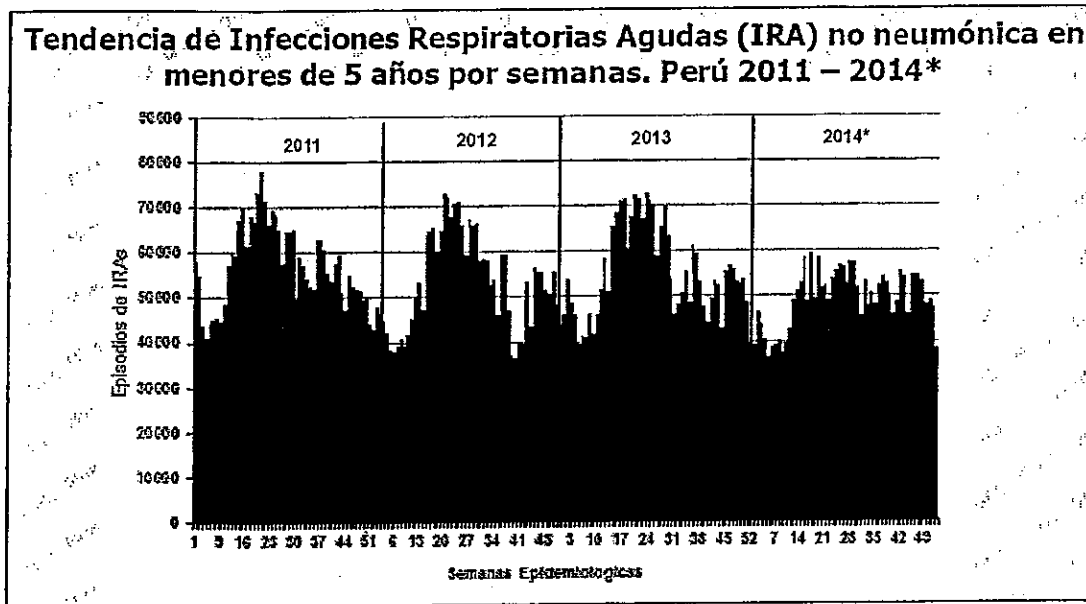


Los datos del sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud muestran que la tendencia de los episodios de neumonías en menores de 5 años disminuye año a año. Hasta la SE 53 del 2014, se han notificado 2 637 439 episodios de IRA en menores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 9 155,6 episodios de IRA x 10 000 menores de 5 años, observándose una disminución de 8,5 % en relación a la IA reportada para del año 2013 (IA=10 004,7 SE 52 2013).

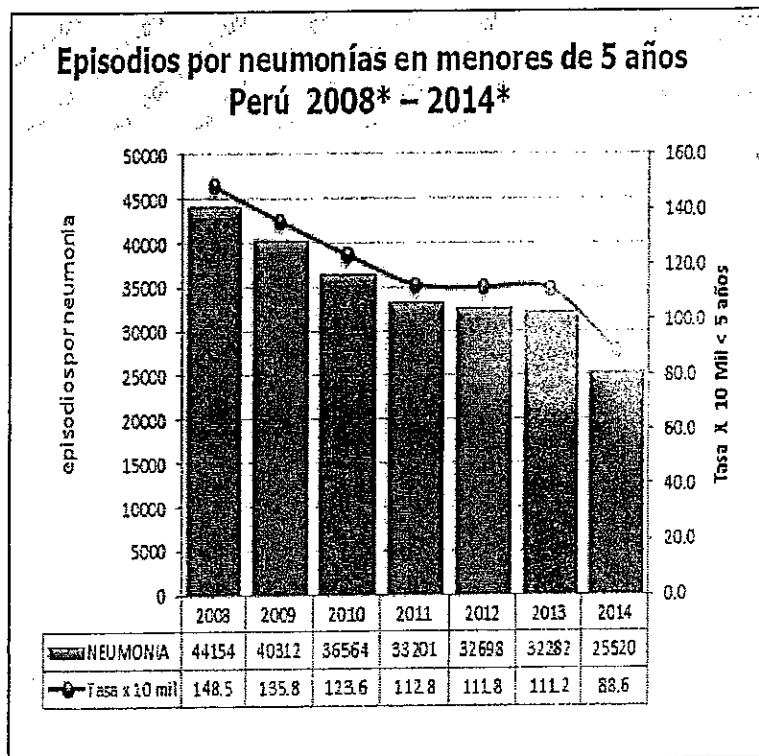
Hasta la SE 53, se notificaron 25 520 episodios de neumonía en menores de 5 años, que representa una IA de 88,6 episodios de neumonía x 10 000 menores de 5 años. La TIA ha seguido en aumento en los 6 últimos años y en el 2014, esta tendencia se mantiene. El 35,6 %



(9095/25 520) de los casos fueron hospitalizados. Se notificaron 263 defunciones por IRA en menores de 5 años. Los datos de la Dirección General de Epidemiología muestran una tasa de letalidad de la neumonía en niños menores de 5 años de 1.0%.



Fuente: RENACE-DGE-MINSA



Fuente: RENACE-DGE-MINSA



Episodios de neumonías y defunciones en menores de 5 años por departamentos del Perú, 2010* - 2014*

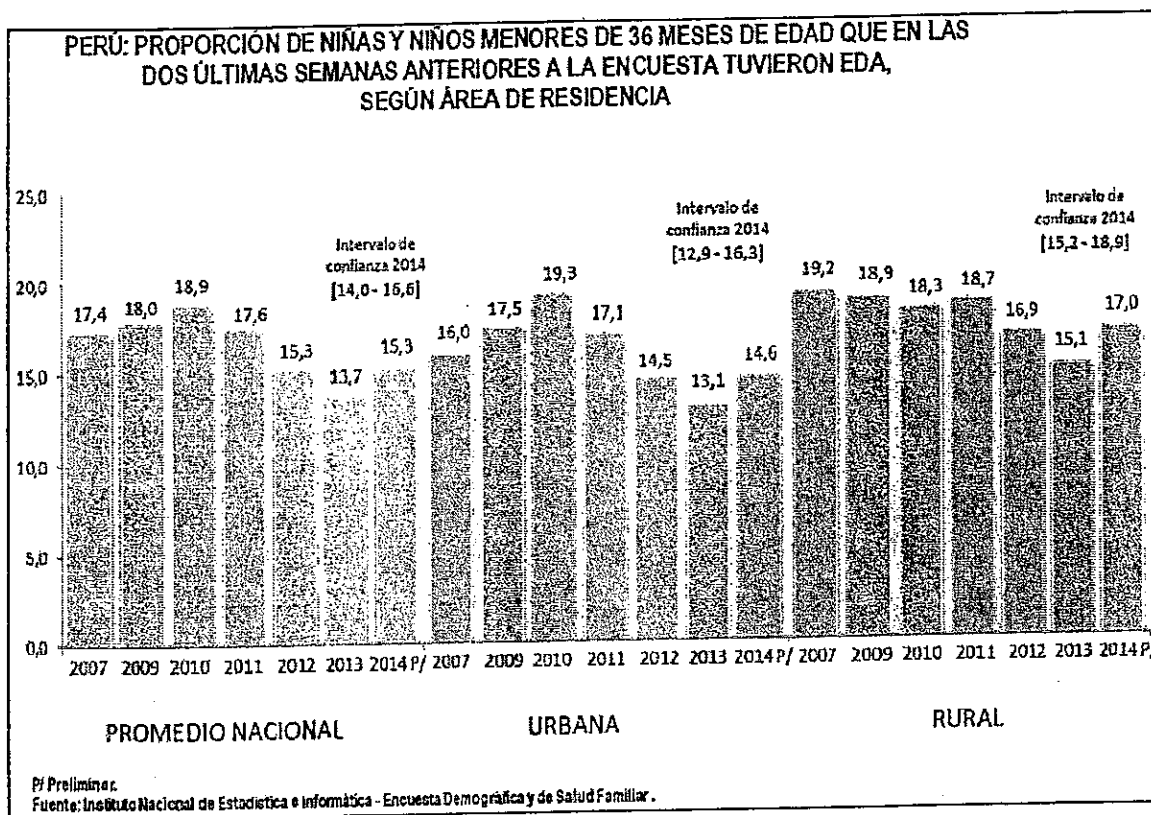
Departamentos	Neumonías					Defunciones					Letalidad				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
LIMA	7858	7462	8150	7783	7584	15	15	26	29	18	0.2	0.2	0.3	0.4	0.2
PIURA	2155	2188	3498	3294	1691	14	11	12	16	13	0.6	0.5	0.3	0.5	0.8
LORETO	3594	3717	3278	2667	2204	47	60	68	63	26	1.3	1.6	2.1	2.4	1.2
CAJAMARCA	2017	2178	1375	1870	951	11	5	14	17	4	0.5	0.2	1.0	0.9	0.4
AREQUIPA	1963	1839	1669	1634	1389	10	27	12	5	6	0.5	1.5	0.7	0.3	0.4
HUANUCO	1840	1653	1799	1440	1051	35	29	25	22	15	1.9	1.8	1.4	1.5	1.4
UCAYALI	2042	1422	1333	1400	1030	17	9	18	20	10	0.8	0.6	1.4	1.4	1.0
CUSCO	1748	1386	1375	1386	1049	30	27	26	44	34	1.7	1.9	1.9	3.2	3.2
PUNO	1763	1372	1362	1343	729	111	58	59	48	36	6.3	4.2	4.3	3.6	4.9
LA LIBERTAD	1132	919	1054	1107	780	44	17	14	9	7	3.9	1.8	1.3	0.8	0.9
JUNIN	1040	840	876	1008	1351	21	19	33	39	23	2.0	2.3	3.8	3.9	1.7
ÁNCASH	1156	863	763	968	538	14	7	4	9	3	1.2	0.8	0.5	0.9	0.6
LAMBAYEQUE	702	608	687	901	586	3	5	3	3	1	0.4	0.8	0.4	0.3	0.2
SAN MARTIN	982	923	607	805	881	8	10	1	5	3	0.8	1.1	0.2	0.6	0.3
CALLAO	1383	1386	915	727	693	3	3	3	9	5	0.2	0.2	0.3	1.2	0.7
AMAZONAS	738	802	592	662	524	11	14	11	14	9	1.5	1.7	1.9	2.1	1.7
ICA	630	608	546	553	521	0	2	3	8	2	0.0	0.3	0.5	1.4	0.4
PASCO	822	681	640	506	344	10	7	12	13	7	1.2	1.0	1.9	2.6	2.0
HUANCAVELICA	777	546	439	482	364	26	12	11	20	11	3.3	2.2	2.5	4.1	3.0
AYACUCHO	535	412	441	436	523	8	12	11	11	20	1.5	2.9	2.5	2.5	3.8
APURIMAC	796	486	454	414	313	5	5	3	4	5	0.6	1.0	0.7	1.0	1.6
TUMBES	250	258	192	295	110	2	0	2	6	0	0.8	0.0	1.0	2.0	0.0
TACNA	202	241	208	220	87	0	8	6	6	3	0.0	3.3	2.9	2.7	3.4
MOQUEGUA	179	162	181	220	104	0	2	3	0	0	0.0	1.2	1.7	0.0	0.0
MADRE DE DIOS	250	249	264	161	123	0	1	4	0	2	0.0	0.4	1.5	0.0	1.6
Total general	36564	33201	32698	32282	25520	445	365	384	420	263	1.2	1.1	1.2	1.3	1.0

Enfermedad Diarreica Aguda

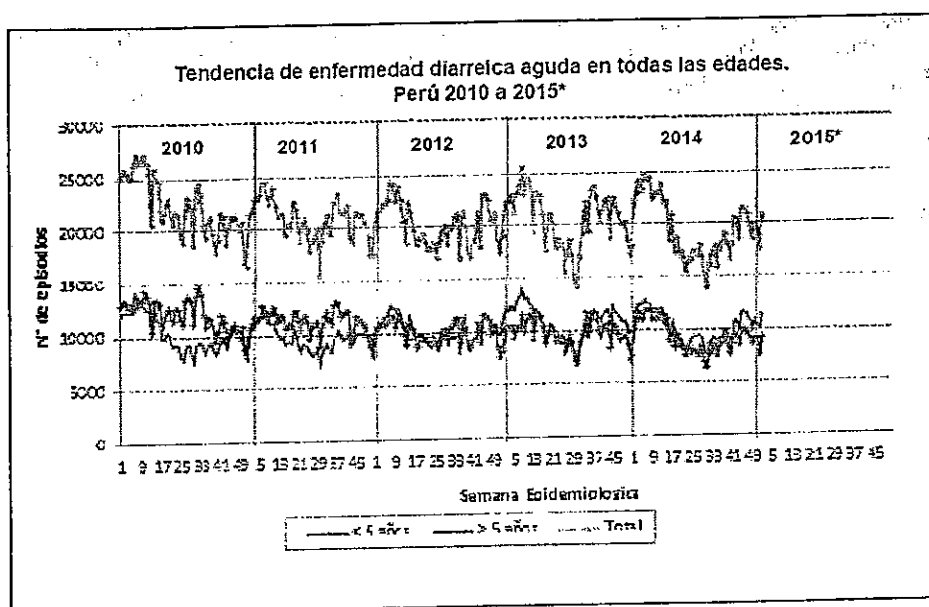
La Enfermedad Diarreica Aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas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

En el año 2014, 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 (17,0%). Respecto a las estimaciones del año 2013, muestran un incremento, en el área urbana de 13,1% a 14,6% y en el área rural, de 15,1% a 17,0%.



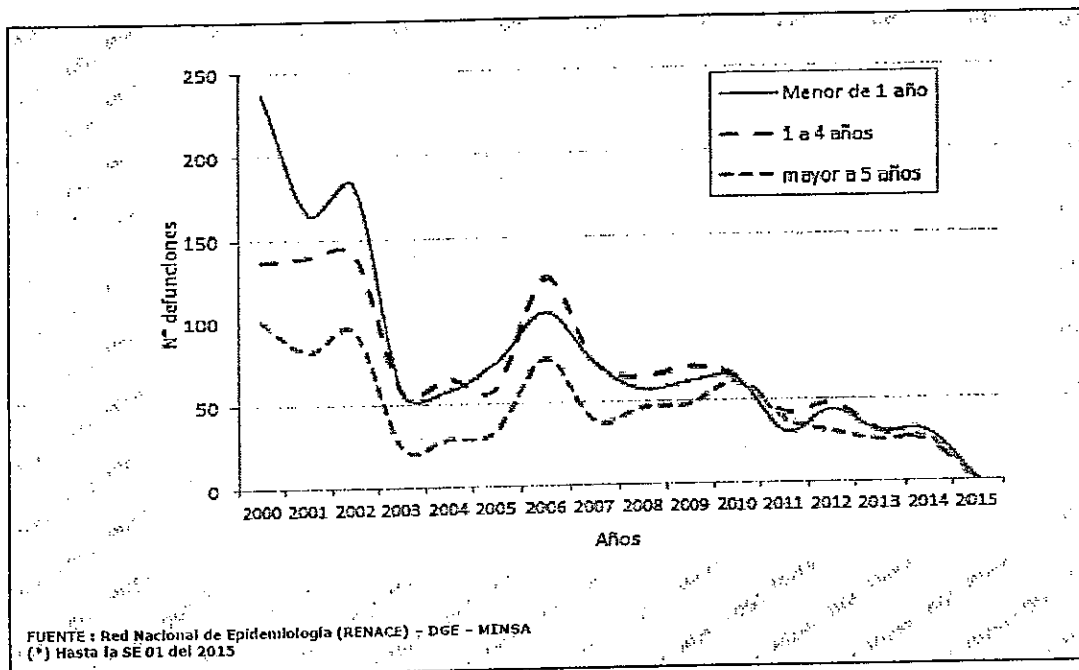


La Dirección General de Epidemiología a través del sistema de vigilancia epidemiológica ha reportado tendencia a la disminución en la EDA, hasta la semana epidemiológica 53 del 2014 se reportaron 486 1D4 casos de EDA en menores de 5 años. El 1,05 % (5 125/486 104) de los casos fueron hospitalizados. Se notificaron 53 defunciones por EDA en menores de 5 años. Los datos de la Dirección General de Epidemiología muestran una tasa de letalidad de las EDAS en niños menores de 5 años es de 0.01 %.(Fuente: RENACE-DGE-MINSA).



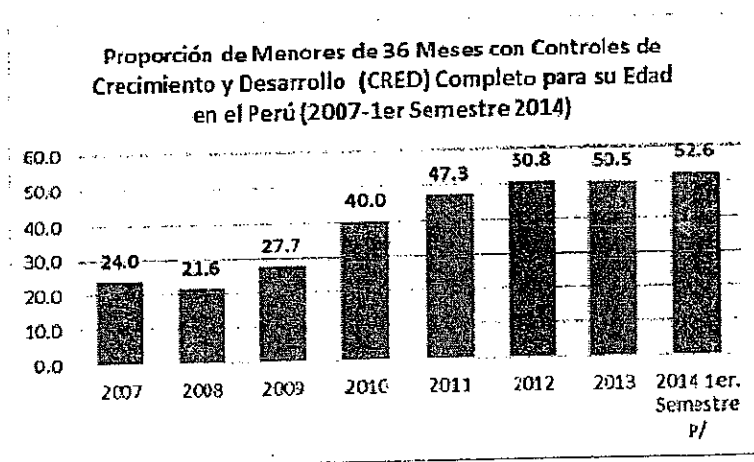
Fuente: RENACE-DGE-MINSA





Incremento de las coberturas de control de crecimiento y desarrollo del menor de 36 meses.

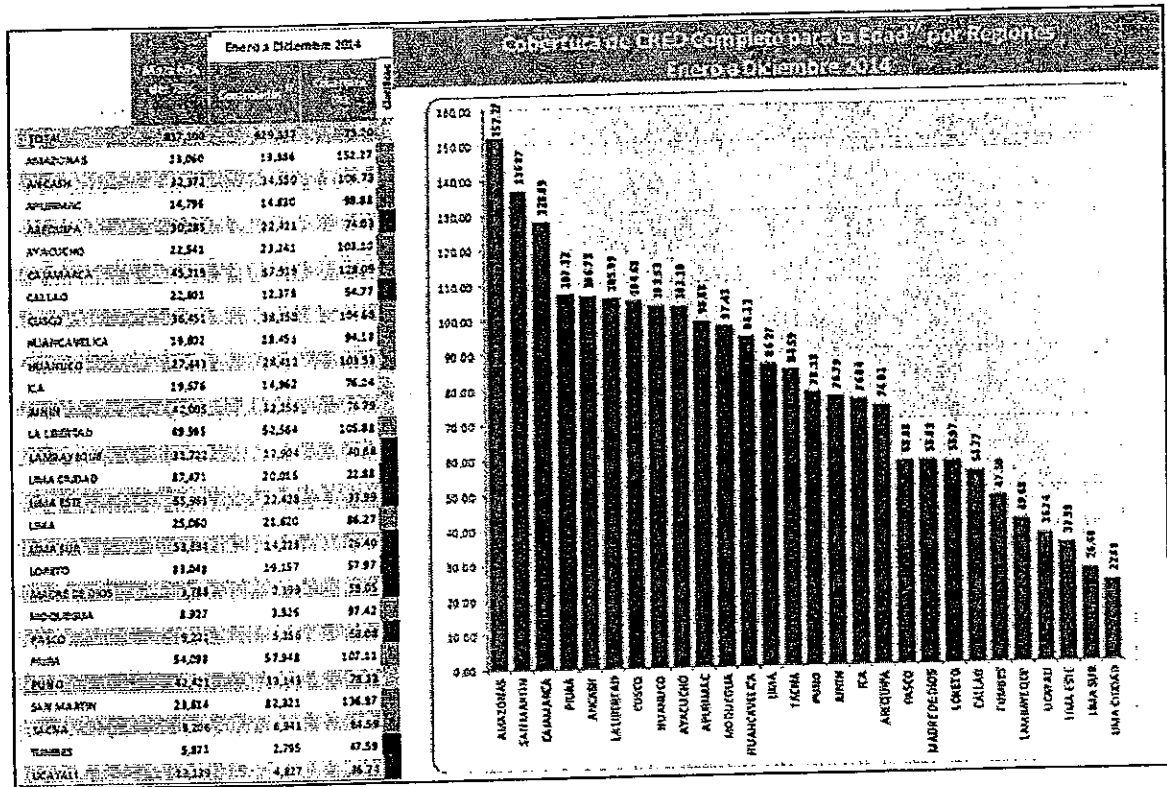
Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - ENDES, el Control de Crecimiento y Desarrollo para niños menores de 3 años es el que más ha crecido en cobertura, en el período 2007-2012 (112%). Al primer semestre del 2014 ya superábamos en 2.1 puntos porcentuales a la cobertura lograda en el 2013.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

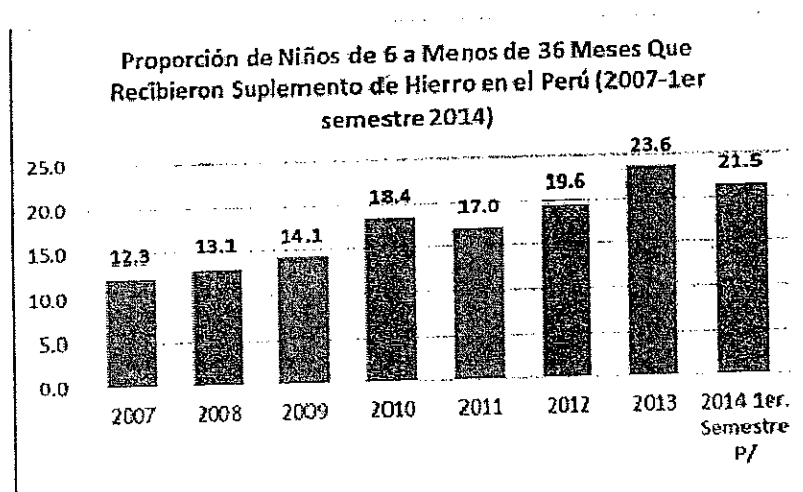
Según el reporte HIS de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, para el año 2014 a nivel nacional se logró una cobertura del 75.20 % de la población programada.





Incremento de lo proporción de niños de niños de 06 a menos de 36 meses que reciben suplemento de hierro.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES, al primer semestre del 2014 la proporción de niños de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro es de 21.5.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática



Documentos Normativos Aprobados:

- ✓ Aprobación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014-2016, mediante Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA.
- ✓ Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP.V.01, "Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño", mediante Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA.
- ✓ Directiva Sanitaria N° 056-MINSA.V.01 "Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses", mediante Resolución Ministerial N° 706-2014/MINSA.
- ✓ Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño, mediante Resolución Ministerial N° 935-2014/MINSA.
- ✓ Documento Técnico: Plan Nacional "Bienvenidos a la Vida" en el marco de las acciones de fortalecimiento para la reducción de la morbilidad neonatal en el Perú 2015-2016, mediante Resolución Ministerial N° 997-2014/MINSA.

Al respecto, del 16 al 20 de Noviembre del 2014 se desarrolló la intervención piloto "Bienvenidos a la Vida", en 04 regiones seleccionadas: Ica, Ayacucho, Huánuco, San Martín, lográndose durante dicha intervención:

- Sensibilización e información al personal de salud sobre la implementación de "Bienvenidos a la Vida".
- Validación de la pertinencia y cantidad de los elementos del kit de "Bienvenidos a la Vida".
- Identificación de los procesos y factores que facilitan o dificultan la entrega del kit del recién nacido a nivel local.
- Validación del material educativo (rotafolio).

Actualmente el Plan Nacional Bienvenidos a la Vida se encuentra en proceso de implementación.

Inmunizaciones

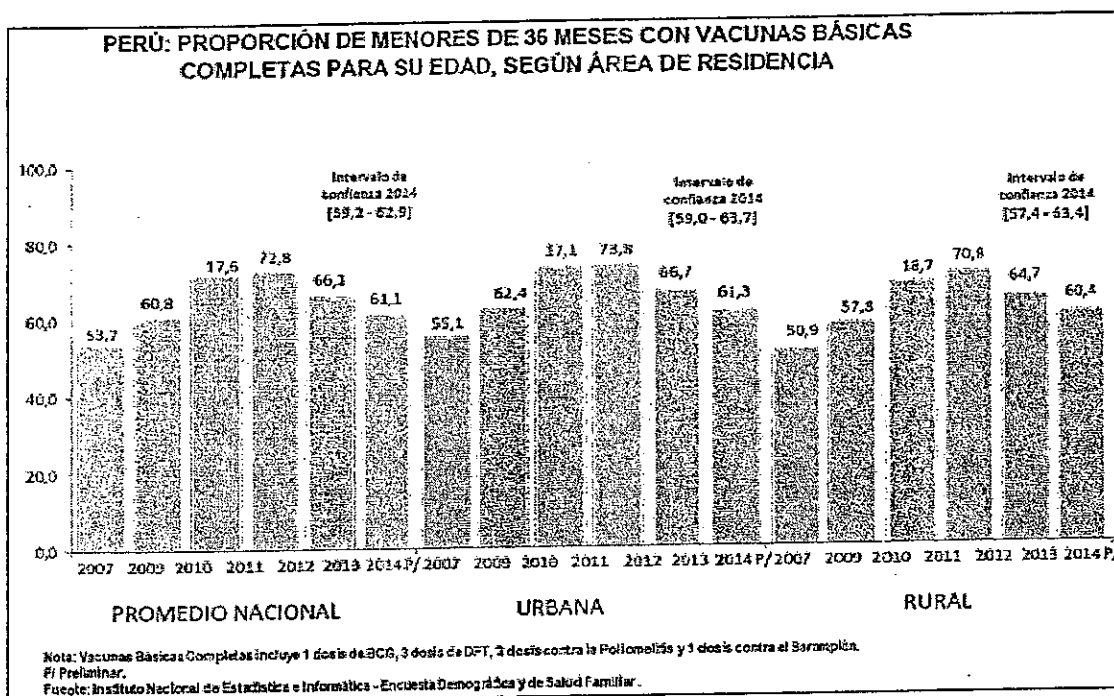
Las vacunas son sustancias médicas que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmuno-prevenibles.

Las vacunas básicas completas para niñas y niños menores de 36 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis contra la Poliomiélitis y una dosis contra el Sarampión.

En el 2014, el 61,1% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, este valor es similar en el área urbana (61,3%) pero menor en el área rural

(60,4%).

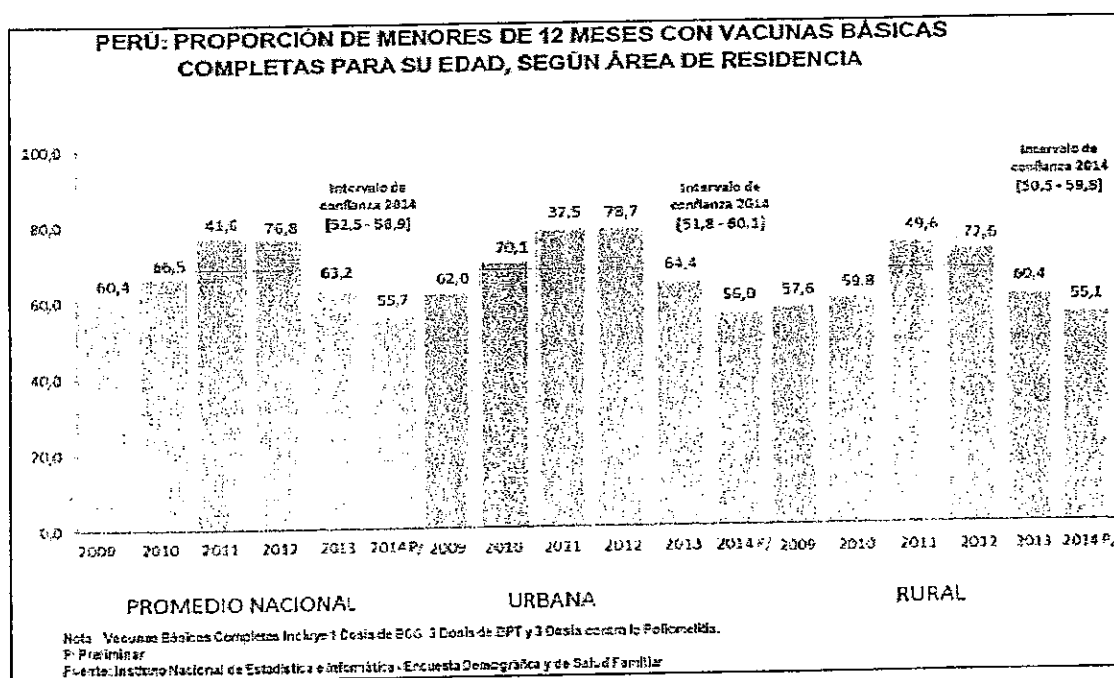




Las vacunas básicas completas para menores de 12 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT y tres dosis contra la Poliomielitis.

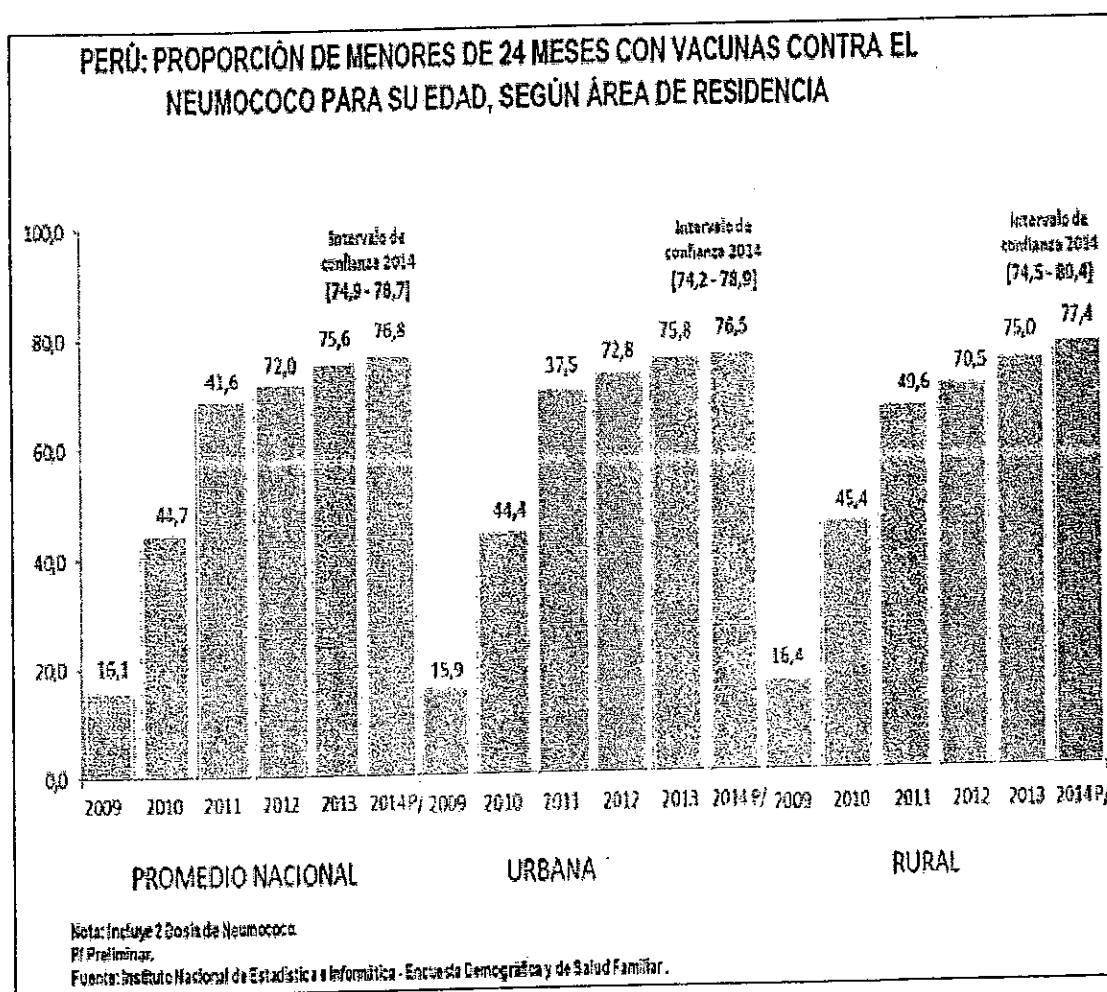
En el año 2014, el 55,7% de menores de 12 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, siendo mayor el porcentaje de niñas y niños vacunados en el área urbana (56,0%) que en el área rural (55,1%).

Con respecto al año 2013, el porcentaje de vacunación en menores de 12 meses, bajó de 64,4% a 56,0% en el área urbana y de 60,4% a 55,1% en el área rural.



El neumococo es una bacteria que provoca enfermedades graves como la otitis media o la neumonía. También puede pasar a la circulación sanguínea causando meningitis e infecciones en la sangre que ponen en peligro la vida del menor. La vacuna contra el neumococo está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro y seis meses de vida, además de un refuerzo al año de edad.

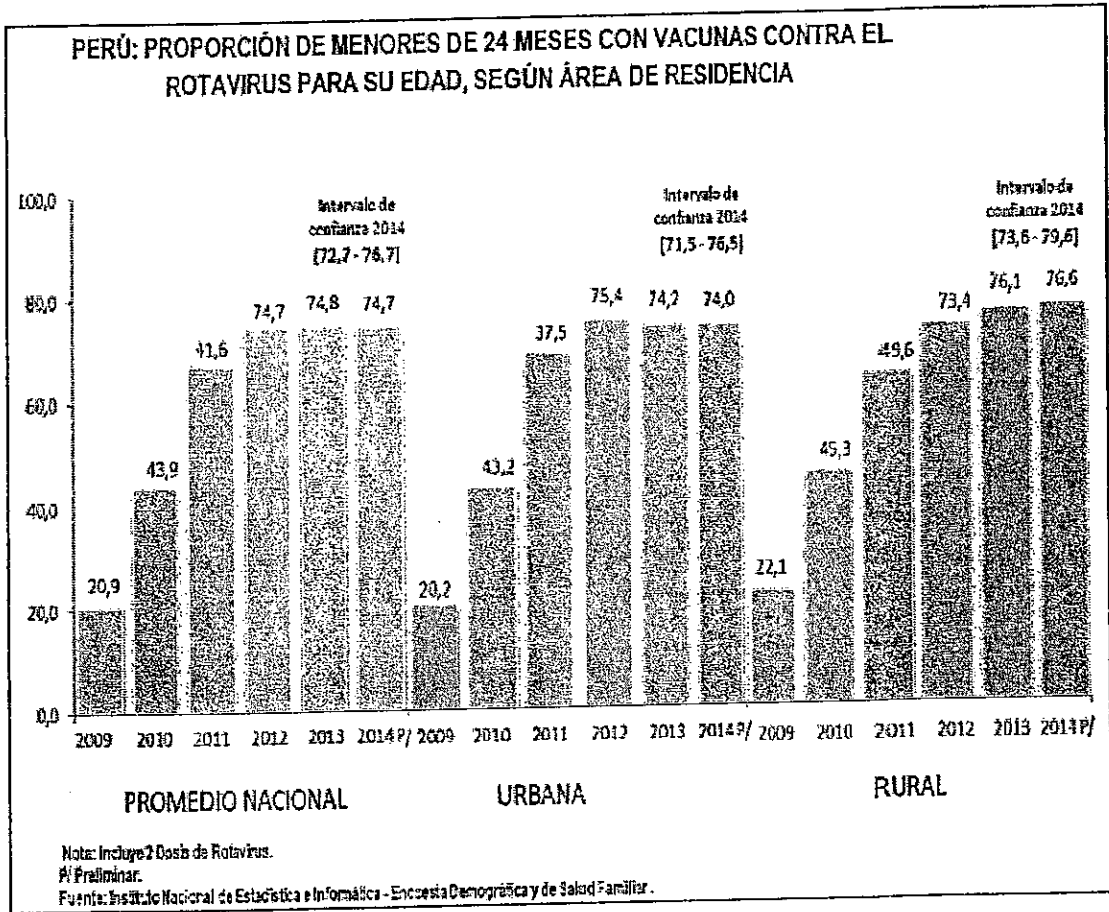
En el 2014, el 76,8% de niñas y niños menores de 24 meses recibieron inmunización contra el neumococo, siendo esta mayor en el área rural (77,4%) que en el área urbana (76,5%).



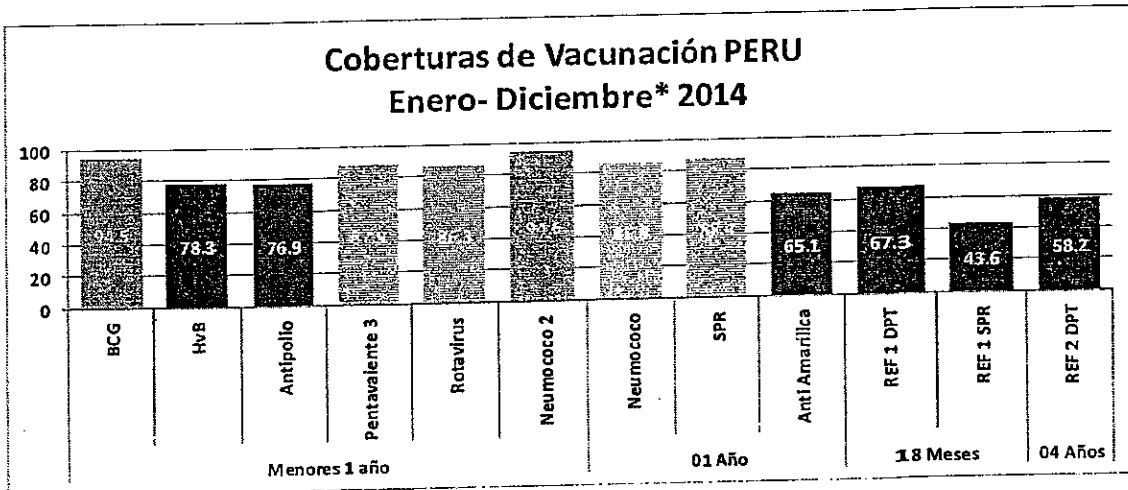
El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación. La vacuna contra el rotavirus es una vacuna oral; no se inyecta.

A nivel nacional, en el año 2014, el 74,7% de los menores de 24 meses fueron inmunizados contra el rotavirus; proporción similar respecto a la estimación del año 2013 (74,8%). Según área de residencia, no se aprecian diferencias significativas entre los dos años mencionados.





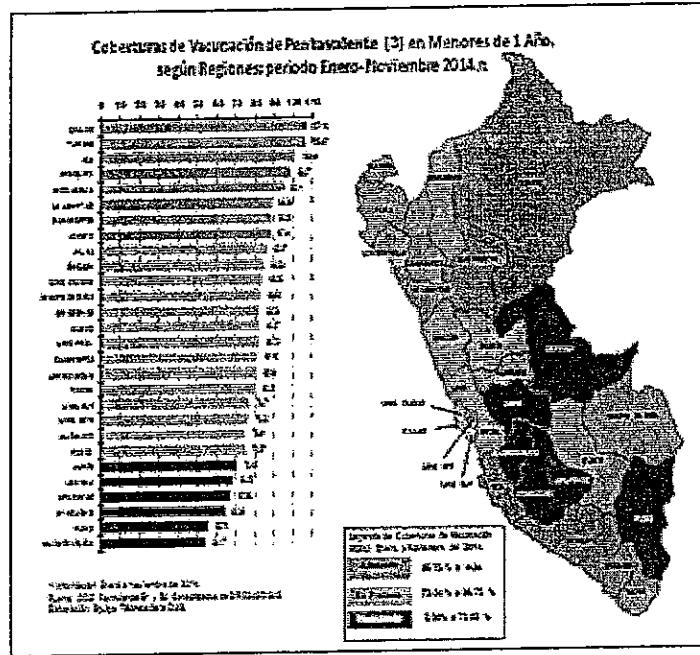
Monitoreo de Cobertura de vacunación:



*Información proyectada a Diciembre 2014.

Las coberturas alcanzadas de enero a noviembre 2014, se encuentran por debajo de lo esperado. Las coberturas más bajas son la de Hepatitis B, en el recién nacido; Antipolio en el menor de 1 año y Anti Amarilica, DPT y SPR para el grupo de 1 a 4 años.

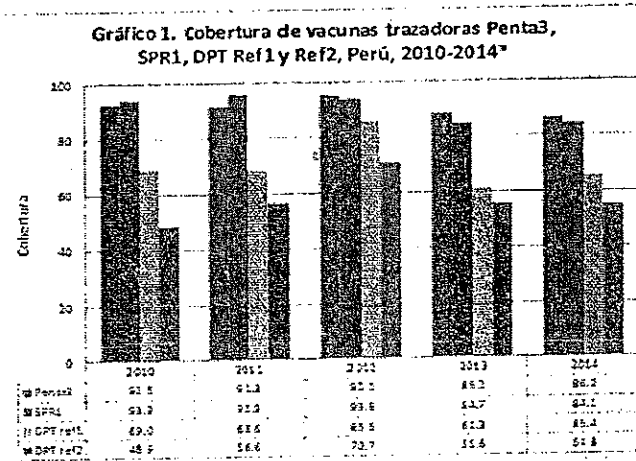




En el caso de la vacuna pentavalente, las DIRESAS, GERESAS y DISAS que han alcanzado el nivel de adecuado son Callao, Tumbes, Ica, Arequipa, Moquegua, La Libertad, San Martín y Loreto. Es diferente la situación con la vacunación de antipolio, que en este caso Callao, es la única DIRESA que está dentro de lo esperado, las demás DIRESAS/GERESAS/DISAS se encuentra en situación de riesgo por encontrarse con coberturas bajas.

Plan de contingencia para cierre de brechas por bajas coberturas y alta deserción de vacunación en distritos priorizados a nivel nacional

Considerando que las coberturas de vacunación vienen sufriendo un descenso paulatino, siendo el año 2013 donde se alcanzaron las coberturas más bajas del país y al interior, a nivel distrital se evidencia una gran heterogeneidad en las coberturas, donde aproximadamente el 70% de los 1,838 distritos del país alcanzaron coberturas de vacunación por debajo del 95% para el 2013.



Considerando que los niños que no han completado el esquema de vacunación se encuentran en riesgo de enfermar por no encontrarse protegidos, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, plantea un agresivo plan de seguimiento a los niños captados y/o ingresados al esquema de vacunación, interviniendo en 102 distritos del país.

- Para lo cual se contrató 344 enfermeras, para la vacunación regular y seguimiento de los niños menores de 5 años.
- Se realizó Monitoreo Rápido de Vacunados en algunos distritos intervenidos por el plan de contingencia; Lambayeque, Arequipa, Loreto, Puno, Piura, Tumbes, Ayacucho, Ica, Abancay, Ucayali, Madre de Dios, Junín, Lima región y en la DISA Lima Este.
- Estamos a la espera de cierre de la información del año para evaluar la intervención.

En el marco del Plan Nacional de reducción de la Desnutrición Crónica infantil y Prevención de la Anemia:

- ✓ Se realizaron 310,821 consejerías a 306,305 familias y 6,615 sesiones demostrativas con 99,225 familias.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades al personal de salud de los establecimientos de salud de Lima y Callao para la implementación del Plan Nacional.
- ✓ 1,167 Municipalidades capacitadas para el cumplimiento de la meta de salud CPVC, 3,979 personales de salud para realizar estrategias comunitarias, tales como los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal-CPVC.
- ✓ 504 profesionales de la salud capacitados para el desarrollo de capacidades en las temáticas de Alimentación, Nutrición Saludable y de Promoción del Convivencia Saludable, 303 trabajadores de salud de los EESS de las DISAS de la Provincia de Lima y la DIRESA Callao, en intervenciones de promoción de la salud para el cuidado infantil, con énfasis en la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia.
- ✓ 1,551 Agentes Comunitarios en Salud, 2,262 personas, (alcaldes, funcionarios municipales, coordinadores del plan de incentivo municipal y personal de salud) capacitados en los criterios técnicos para el cumplimiento de la meta de salud "Centros de Promoción y Vigilancia Comunal".
- ✓ 210 establecimientos de salud monitoreados en el marco del Plan DCI – Anemia.

Alimentación y Lactancia Materna:

- ✓ Se aprobó la Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la lactancia materna, aprobada con Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA.
- ✓ 530 Lactarios implementados en las instituciones públicas y privadas.



- ✓ Fortalecimiento de 80 facilitadores regionales de 18 GERESA/DIRESA y DISA en "Formación de Grupos de Apoyo Comunal para la Promoción y Protección de Lactancia Materna", así como, 18 planes regionales aprobados.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades de 893 profesionales de salud (en Alimentación y Nutrición Saludable 480 participantes y en Promoción de la Convivencia Saludable 413 participantes), 1,551 Agentes Comunitarios de Salud en alimentación saludable y cuidado infantil, 1,167 funcionarios de municipalidades capacitados para el cumplimiento de la meta de salud referida a CPVC; 130 profesionales del nivel regional capacitados como facilitadores (as) regionales de conformación de grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna.
- ✓ 2,207 quioscos escolares saludables en fase de implementación a nivel regional.
- ✓ 306,305 familias han recibido consejería en alimentación saludable, e higiene; 6,615 sesiones demostrativas dirigidas a 99,225 familias.
- ✓ 1,435 CPVC implementados por asociación de gobiernos locales y el sector salud.
- ✓ Evaluación y Reconocimiento a Instituciones Educativas que implementan Buenas Prácticas en Alimentación y Nutrición Saludable.

Otros logros

- ✓ Funcionamiento de 10 grupos de apoyo en las regiones Ayacucho, Huánuco y Lima.
- ✓ 1000 ejemplares de Directiva Sanitaria (Niño) distribuidos en la DIRESA Huancavelica que vienen permitiendo a su personal de salud contar con documentos de consulta para fortalecer sus competencias y mejorar la atención al niño menor de 5 años.
- ✓ Se han desarrollado acciones de vigilancia en el marco del Plan de Vigilancia de la Calidad de Agua de Consumo Humano en: Lima-río Rímac; Cajamarca-río Grande; Tumbes-río Puyango; ; Piura-río Chira; Loreto-río Itaya; Pasco-Laguna Huaroncocha; Puno-río Ramis (parte baja); Lambayeque-ríos Chancay, La Leche; así como se monitoreó 30 comunidades en las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, y Marañón; asimismo en la región Loreto (Iquitos-sauki-Canaán de cachiyacu), Lambayeque, Ancash-Maremiyoc, Santa Eulalia, La Libertad-Quiruvilca, como parte de las acciones de las Mesas de Conflicto Socio Ambientales.

OBJETIVO GENERAL 03:

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

Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

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 sanitariamente 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, 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.

Errores Refractivos:

AÑO	POBLACIÓN A BENEFICIAR	AVANCE PARCIAL AL MES DE DICIEMBRE 2014
2014	201,540 niños de 03 a 11 años tamizados	N° de Personas tamizadas: 586,564 (291%) N° de casos Dx: 65,462
	5,409 niños con lentes	N° de Tx: 4,391 (81%)

FUENTE: ESNOPC. INFORMACIÓN PARCIAL AL MES DE DICIEMBRE

Catarata:

AÑO	POBLACIÓN A BENEFICIAR	AVANCE PARCIAL AL MES DE DICIEMBRE 2014
2014	262,570 personas tamizadas	N° de Personas tamizadas: 311,390 (118%) N° de casos Dx: 31,192
	Total de cirugías de catarata 20, 000 como Sector (MINSA: 10,536)	N° de cirugías: 8,737 (Sector: 43 y MINSA: 47%)

FUENTE: ESNOPC.MINSA (4,945), ESSALUD (908), FAP (49), PNP (1,756), CMN (33), SUB SECTOR PRIVADO (979).

Documentos Normativos:

- ✓ Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera(2014-2020), aprobado mediante R.M. N° 9D7-2014/MINSA.
- ✓ Guía de Práctica Clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de errores refractivos en niñas y niños mayores de 3 años y adolescentes.

Salud Bucal

- ✓ La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal implemento el Plan Vuelve a Sonreír en el 96% a nivel nacional.



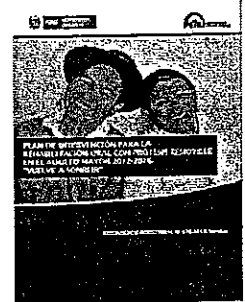
MEMORIA ANUAL 2014

- ✓ Durante el año 2014 se realizaron 139,230 exámenes odontológicos a los Adultos Mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, asimismo se realizaron 454,918 atenciones preventivas, recuperativas y especializadas a este grupo etario.
- ✓ Se ha entregado un total de 3,537 prótesis dentales a nivel nacional durante el año 2014 y desde el lanzamiento del Plan se entregó 16,307 prótesis dentales beneficiando a adultos mayores.
- ✓ Mediante la Resolución Jefatural N° 103-2013/SIS, se aprueba la Tarifa del Servicio 900 "Prótesis Dental Removible"
- ✓ Implementación de los servicios diferenciados para el adulto mayor "TaytaWasi" en 08 regiones del país en el año 2013 y 09 regiones en el año 2014.

N° DE PROTESIS ENTREGADAS		BENEFICIARIOS POR PROTESIS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
2012	7027	3634	BD. VUELVE A SONREIR
2013	5743	2719	BD. VUELVE A SONREIR
2014	3537	1965	OGEI - HIS
TOTAL	16,307	8,318	

Fuente: BD- Vuelve a Sonreir 2012, 2013 y OGEI - HIS 2014

Atención Integral de Salud Bucal en Niños



- ✓ Se realizaron 4,953,471 atenciones preventivas, recuperativas y especializadas a niños y niñas a nivel nacional, asimismo se implementó el Plan de Salud Escolar en Instituciones Educativas Piloto del ámbito QaliWarma, lográndose un 95% de evaluaciones.

Plan Piloto de Salud Bucal con atención de servicios bucal para las siguientes Instituciones Educativas			
REGIÓN	DISTRITO	NIVEL	INSTITUCIÓN EDUCATIVA
LIMA	Villa El Salvador	INICIAL	12 557
LIMA	Villa María del Triunfo	PRIMARIA	8011 Santísima Virgen de Fátima
LIMA	Cornas	INICIAL	888 Señor de los Milagros
LIMA	Puente Piedra	PRIMARIA	3071 Manuel García Cerro
LIMA	Ace	INICIAL	11E 152
LIMA	Santa Anita	PRIMARIA	0101 Shuji Kazamura
CALLAO	Ventanilla	INICIAL	Parmin Ávila
CALLAO	Ventanilla	PRIMARIA	5128 Sagrado Corazón de María
APURÍMAC	Andahuaylas	INICIAL	1E 8
APURÍMAC	Abancay	PRIMARIA	3405 Miguel Grau
LORETO	Iquitos	INICIAL	157 Victoria García Bonifati
LORETO	Iquitos	PRIMARIA	803066 Monfort Huáscar
LA LIBERTAD	Trujillo	INICIAL	1588 Niño Jesús de Praga
LA LIBERTAD	Huanchaco	PRIMARIA	2087 Julio Gutiérrez Solari

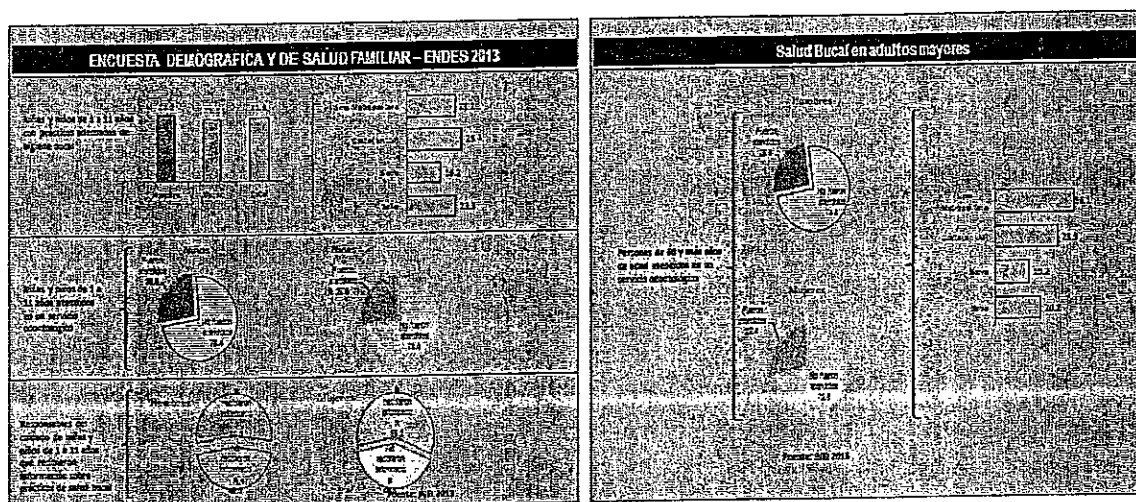
ATENCIÓNES DE SALUD BUCAL							
AÑO	0-11 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	60 a más	TOTAL	AUMENTO
2013	1,118,202	416,050	675,726	690,740	174,678	3,075,396	338.86%
2014	4,956,726	1,520,191	1,604,740	1,795,855	543,967	10,421,479	

Fuente: Ministerio de Salud-Perú Sistema de información de Salud (HIS 2013 - 2014)



Articulación Intersectorial

- ✓ Implementación del Proyecto SDFAR (Salud Bucal Factores de Riesgo) en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, con el objetivo de integrar la salud bucal a través de la promoción, prevención y reducción de factores de enfermedades orales más prevalentes, implementándose en pilotos en las regiones de: Loreto, Callao, Lima Metropolitana, logrando capacitar a profesionales de la salud Cirujanos Dentistas y no Cirujanos Dentistas en promoción y prevención de salud bucal.
- ✓ Se obtuvo resultados de los indicadores de salud bucal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2013, publicada en el mes de mayo 2014.



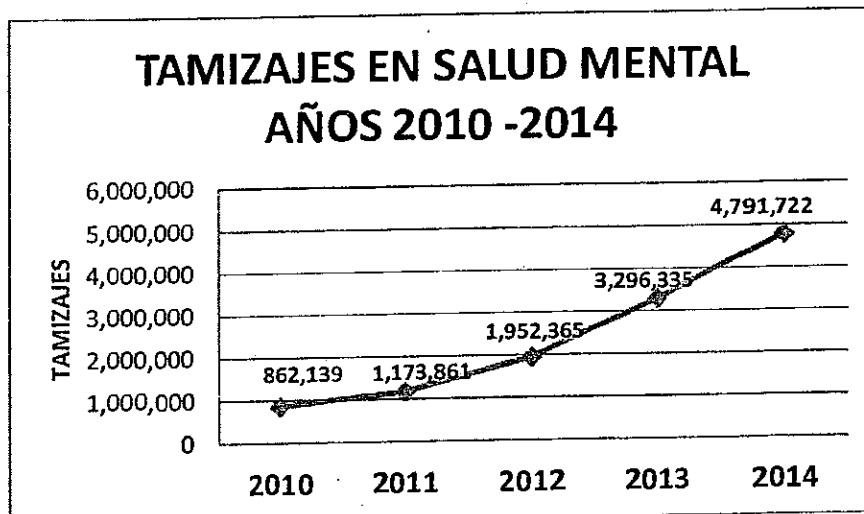
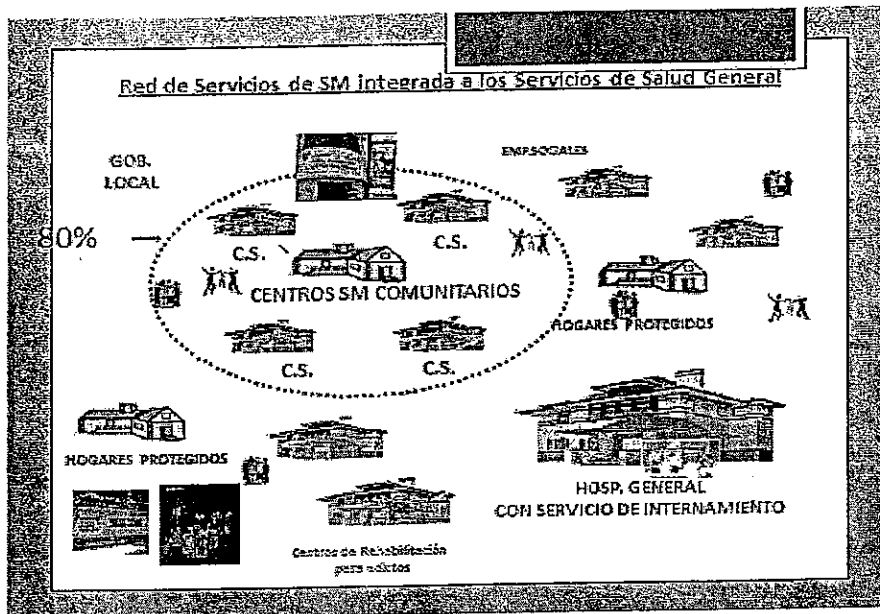
- ✓ Implementación pilotos CUNAMAS en Lima Este, Lima Sur, Callao, Huánuco, Pasco, Junín, Andahuaylas, Arequipa en coordinación con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, brindándose atención preventiva a los niños menores de 3 años.

Salud Mental

Impulso de la reorganización del modelo sanitario de salud mental centrado en hospitales psiquiátricos, hacia un modelo integrado comunitario, especializado y generalista, enfocado en los cuidados de la salud que la población en cada territorio requiere y que posibilite la cobertura universal en salud mental.

Detección de problemas de salud mental (violencia, depresión, ansiedad, alcoholismo y psicosis). La aplicación de tamizajes de salud mental en los EESS tiene un incremento sostenido desde el año 2010 a la fecha. Este incremento tiene relación con el fortalecimiento de la capacitación al personal de salud a nivel nacional y la inclusión del componente de salud mental en la atención integral de salud. Otro de los factores que ha contribuido a este incremento es la inclusión del Indicador de Tamizaje en Salud Mental en el capitulo del Seguro Integral de Salud.





En el presente año se han realizado en total 4,791,722 tamizajes en salud mental, de los cuales el 5.5% fueron positivos. Se observa que en el segundo semestre del año 2014 hubo un incremento del número de tamizajes en un 14%.

N° DE TAMIZAJES REALIZADOS EN SALUD MENTAL - Año 2014

TAMIZAJES EN SALUD MENTAL	TOTAL AÑO 2014	TAMIZAJES POSITIVOS	% DE TAMIZAJES POSITIVOS
VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	3,828,014	139,292	3,6
TRASTORNO DEPRESIVO	553,306	81,224	15,2
TRASTORNO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	292,897	37,049	13,4
TOTAL	4,791,722	262,299	5,5



FUENTE: OGEI - MINSA DICIEMBRE-2014

