



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio de Salud

MEMORIA ANUAL 2015

MINISTERIO
Personas que atienden



INDICE

I. PRESENTACIÓN	3
II. RESEÑA HISTÓRICA.....	4
III. BASE LEGAL.....	6
IV. ASPECTOS ESTRATÉGICOS	7
V. PRINCIPALES ACTIVIDADES.....	12
VI. LOGROS OBTENIDOS Y DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL PERIODO 2015.....	13
VII. ANALISIS DE LA EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS, GASTOS E INVERSION-2015...	66

I. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud es la autoridad de salud a nivel nacional, como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y ejerce la máxima autoridad normativa en materia de salud a nivel nacional. Su finalidad es la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y la rehabilitación de la salud en la población.

En los últimos años se han logrado mejoras importantes en los indicadores de salud del país. Así, se ha alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio de mortalidad infantil, mortalidad neonatal y desnutrición crónica infantil. Sin embargo, existen brechas internas y antiguos desafíos, y un escenario marcado por transformaciones y restricciones diversas que ha exigido una enérgica respuesta del sistema que se expresa en la Reforma de Salud.

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, centrado en tres ejes: Acceso Universal de la Salud, Rectoría y Financiamiento, con resultados de cobertura integral y gratuita a todo niño nacido en el Perú que no cuente con algún tipo de seguro, una mejor articulación con los Gobiernos Descentralizados y una mayor asignación de recursos presupuestales para atender las brechas en materia de infraestructura hospitalaria, ejecución del programa Plan Esperanza, incentivos monetarios para médicos especialistas por atención especializada con énfasis en los establecimientos de salud de los ámbitos de Gobiernos Regionales, entre otros.

Asimismo, se ha ampliado la oferta de servicios de salud con diversos mecanismos como servicios complementarios, el intercambio prestacional y la estrategia de Más Salud, permitiendo ampliar las atenciones en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, en las especialidades y servicios con mayor demanda insatisfecha.

Un aspecto importante que ha permitido inyectar mayores recursos en salud para el periodo 2015 fue la planificación multianual de inversión pública, lo que dirigió recursos para la inversión en salud, para asignar recursos a los establecimientos de salud en los próximos años.



Aníbal Velásquez Valdivia
Ministro de Salud

II. 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 Cedula 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 e la independencia, Don Hipólito Únanse, fue el último protomédico de la colonia.

Bajo el nombre de Protomedicato General del Estado, esta institución se conserva 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 ionización universal de la salud, constituyen méritos destacables.

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

III. 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

IV. ASPECTOS ESTRATÉGICOS

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, Sociedad Civil Organizada, Gobiernos Locales, Gobiernos Regionales y Gobierno Nacional que logran acuerdos concertados para el bien común brindando servicios de calidad y accesibles garantizando el acceso a la 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.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 666-2013/MINSA aprobó el Documento Técnico denominado “Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Ministerio de Salud”, en el cual se establecen los objetivos Estratégicos.

Las actividades operativas del Plan Operativo Anual han sido establecidas tomando en cuenta su articulación con los objetivos estratégicos, las cuales se detalla a continuación:

OBJETIVOS ESTRATEGICOS 2012-2016

Reducir la desnutrición crónica de menores de 5 años en la población en pobreza y extrema pobreza

Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable

Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.

Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza

Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos

Fortalecer el ejercicio de la rectoría y la optimización de los procesos de los Servicios de salud

MARCO DE LINEAMIENTOS DE POLÍTICA 2007-2020

- Atención Integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Medicamentos de calidad para todos/as.
- Desarrollo de los Recursos Humanos.
- Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
- Participación Ciudadana en Salud.
- Mejoramiento de los otros determinantes de la salud.
- Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
- Financiamiento en función de resultados.
- Aseguramiento Universal en Salud.

Con 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.

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL MINISTERIO DE SALUD:

A. MINISTERIO DE SALUD

1. ALTA DIRECCION

Despacho Ministerial
Despacho Viceministerial
Secretaria General
Defensoría de la Salud y Transparencia

2. ÓRGANO CONSULTIVO

Consejo Nacional de Salud Secretaria de Coordinación

ÓRGANO DE CONTROL

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

3. ORGANO DE DEFENSA JUDICIAL PROCURADURÍA

4. ORGANOS DE ASESORIA

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

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

Oficina General de Cooperación Internacional
Oficina General de Asesoría Jurídica
Oficina General de Defensa Nacional

5. ORGANOS DE APOYO

Oficina General de Administración

- Oficina de Economía
- Oficina de Logística

Oficina General de Estadística e Informática

- Oficina de Desarrollo Tecnológico
- Oficina de Informática y Telecomunicaciones
- Oficina de Estadística

Oficina General de Comunicaciones

- Oficina de Prensa y Relaciones Públicas
- Oficina de Comunicación Social

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

6. ORGANOS DE LINEA

Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Atención Integral de la Salud.

Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Calidad en Salud
Dirección de Gestión Sanitaria
Dirección de Salud Mental
Organización Nacional de Donación y Trasplantes
Dirección General de Salud Ambiental
Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis
Dirección de Ecología y Protección del Ambiente
Dirección de Saneamiento Básico
Dirección de Salud Ocupacional
Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
Dirección de Autorizaciones Sanitarias
Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria
Dirección de Acceso y Lista de Medicamentos
Dirección General de Epidemiología
Dirección de Vigilancia Epidemiológica
Dirección de Inteligencia Sanitaria
Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección de Participación Comunitaria en Salud
Dirección de Educación para la Salud
Dirección de Promoción de Vida Sana
Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento
Dirección de Infraestructura
Dirección de Equipamiento
Dirección de Mantenimiento
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Dirección de Gestión de Capacidades en Salud
Dirección de Gestión del Trabajo en Salud

B. ORGANOS DESCONCENTRADOS

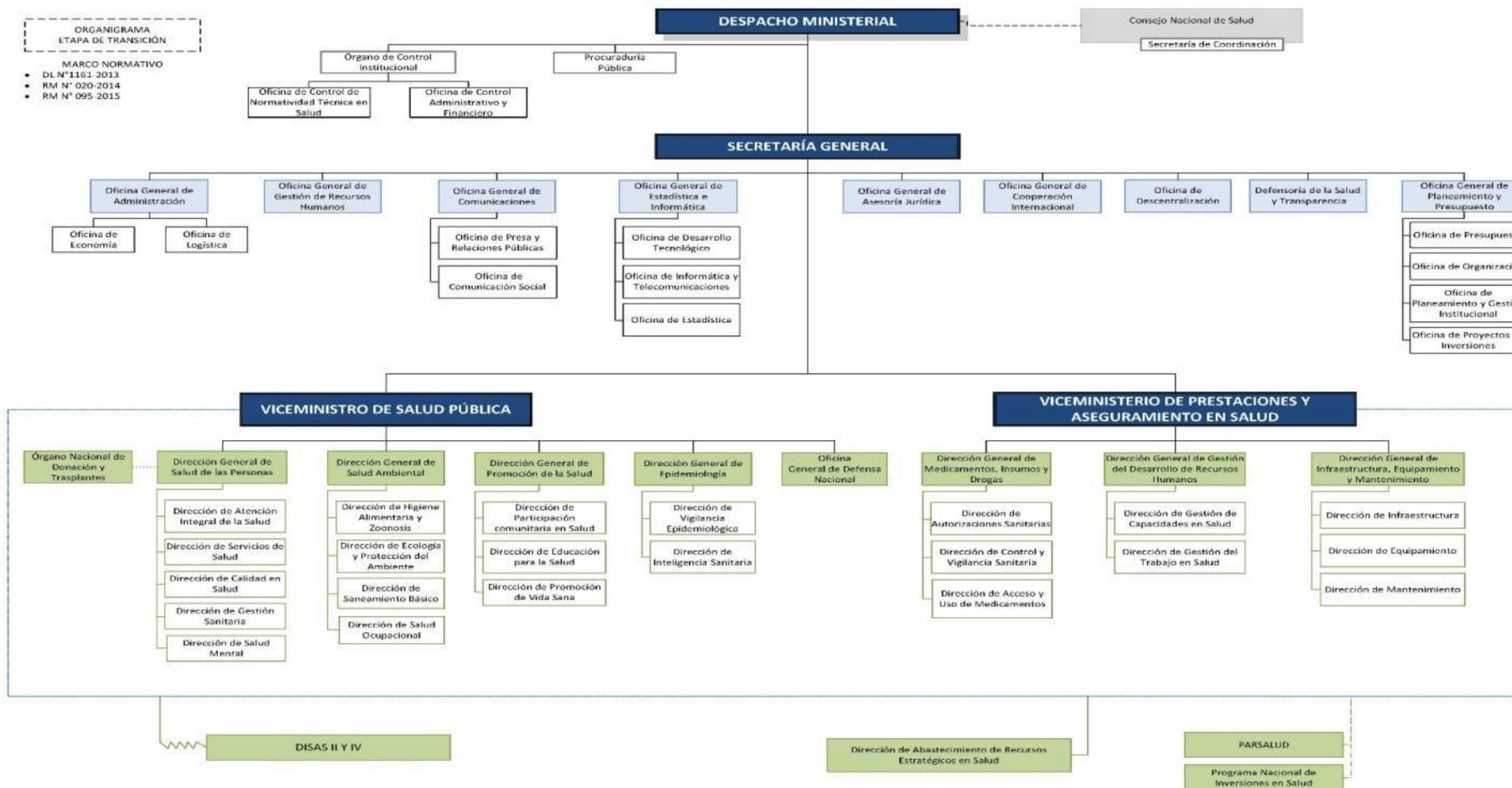
Direcciones de Salud

Dirección de Salud II Lima Sur
Dirección de Salud IV Lima Este
Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud

PARSALUD

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

Organigrama Estructural del Ministerio de Salud del Ministerio de Salud



V. 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 al 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 esta.

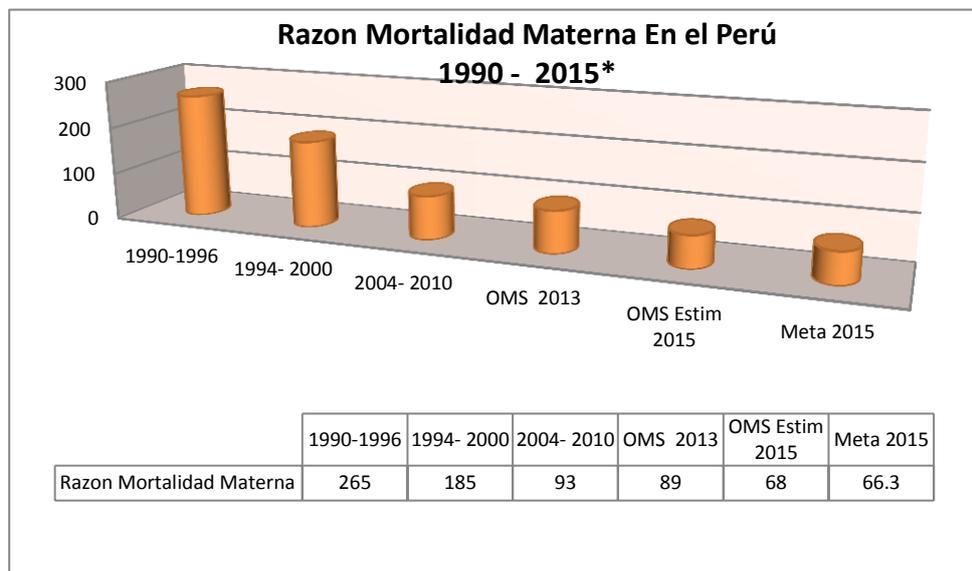
Proponer la regulación de infracciones y las sanciones por la transgresión o incumplimiento de las normas sanitarias.

Promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud.

VI. LOGROS OBTENIDOS Y DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL PERIODO 2015
OBJETIVO 01 - REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Perú ha logrado alcanzar una razón muerte materna de 68 por 100,000 nacidos vivos.) Se logró disminuir un 72% en relación a lo establecido en la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Gráfico N° 1



Fuente: INEI, ENDES/OMS

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 y Ayacucho.



Tabla N° 1

MUERTE MATERNA POR LUGAR DE OCURRENCIA 2014 - 2015		
REGION	2014	2015*
AMAZONAS	11	12
ANCASH	14	12
APURIMAC	2	4
AREQUIPA	10	11
AYACUCHO	11	8
CAJAMARCA	30	31
CALLAO	18	10
CUSCO	30	17
HUANCAVELICA	6	3
HUANUCO	8	14
ICA	4	4
JUNIN	29	26
LA LIBERTAD	30	28
LAMBAYEQUE	21	24
LIMA	51	74
LORETO	32	24
MADRE DE DIOS	3	2
MOQUEGUA	0	1
PASCO	7	2
PIURA	28	42
PUNO	25	28
SAN MARTIN	13	14
TACNA	1	2
TUMBES	3	2
UCAYALI	24	18
PAIS	411	413

Fuente: DGE/MINSA 2015* datos preliminares.

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.

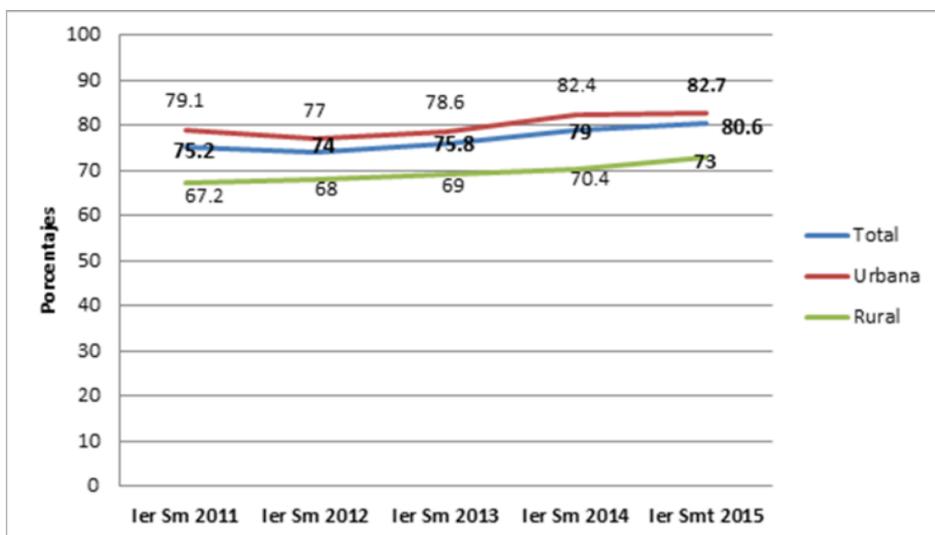
Según reportes del Sistema HIS a diciembre 2015, se ha logrado que: 162,341 familias con gestantes y puérperas fueron informadas en prácticas de salud materna, a través de consejerías en el hogar.

El control prenatal

En el I- semestre del año 2015, el 80.6% de mujeres gestantes en su último nacimiento recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo; en el área urbana fue 82.7% y en el área rural 73 %. (Ver gráfico)

Gráfico N° 2

Proporción de Gestantes que en último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió el primer control prenatal en el primer trimestre de gestación, según características seleccionada, 2009 -2015 – I semestre



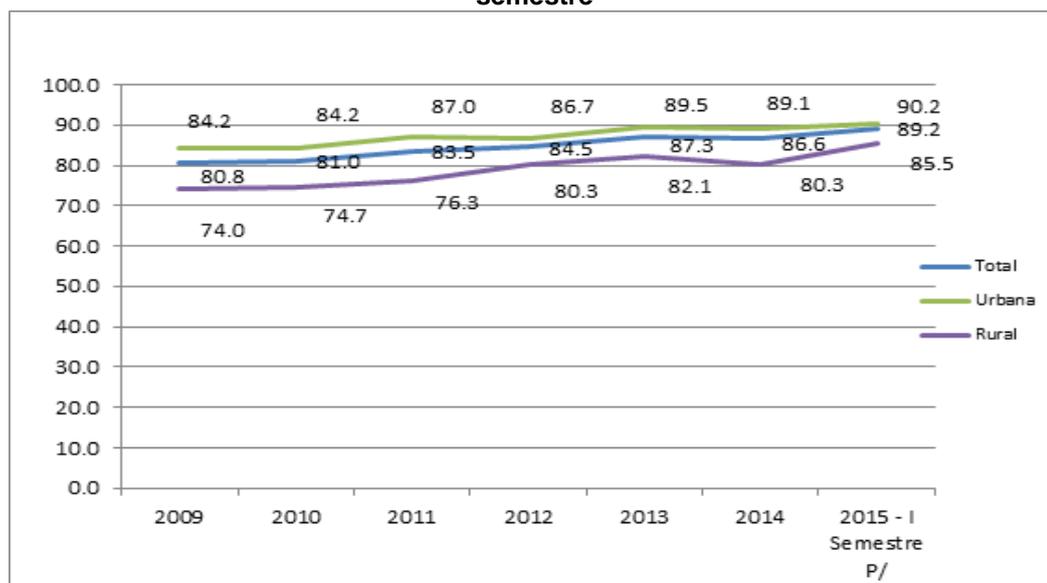
Fuente: Informe DGSP

Atención Prenatal

En relación a las gestantes que recibieron 6 ó más controles pre-natales, este indicador se ha incrementado, logrando un 89.2% para 2015 (según ENDES 2015 I Semestre)

Gráfico N° 3

Proporción de gestantes que en último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales, según características seleccionada, 2013-2015 I semestre



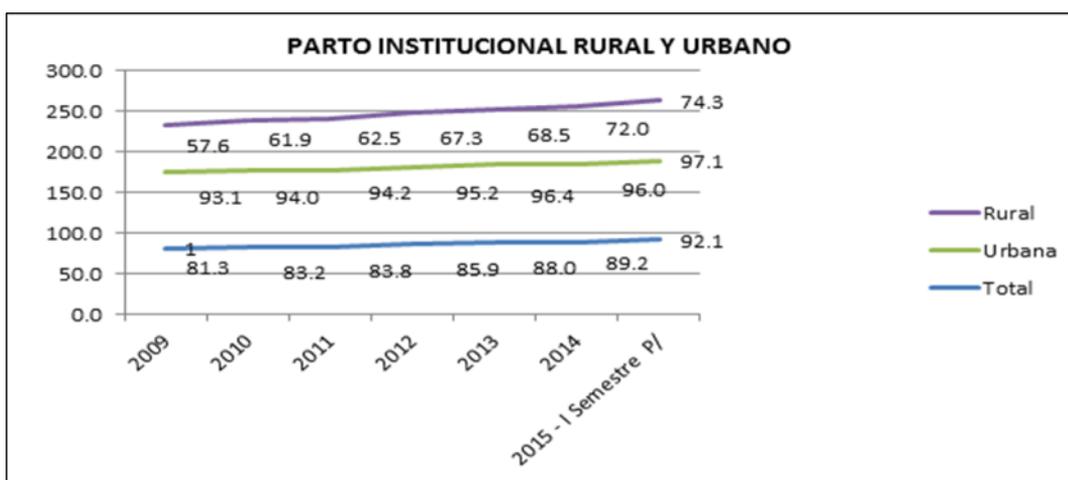
Fuente: Informe DGSP

Parto Institucional

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% respecto al 2014. Situación similar se advierte en el área rural que pasó de 68,5% a 74,3%. En el área urbana, pasó de 96,4% a 97,1%. Al I semestre del 2015.

Gráfico N° 4

Tendencia de Parto Institucional rural y urbano 2009-2014 y 2015 I Semestre



Fuente: Informe DGSP

Parto Vertical

Con apoyo del PARSALUD 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).

494 Casas Maternas, siendo 392 operativas a nivel nacional en el año 2015.

Casas Maternas

Las casas maternas son 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

Nº DE PAREJAS PROTEGIDAS CON METODO ANTICONCEPTIVO							
AÑOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL	1228277	1184145	1145001	1112456	1049782	987063	1054491

Actualmente se cuenta con 494 casas de espera que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales.

Tabla Nº 2

Número de Casas Maternas del 2013 al 2015, ámbito país.

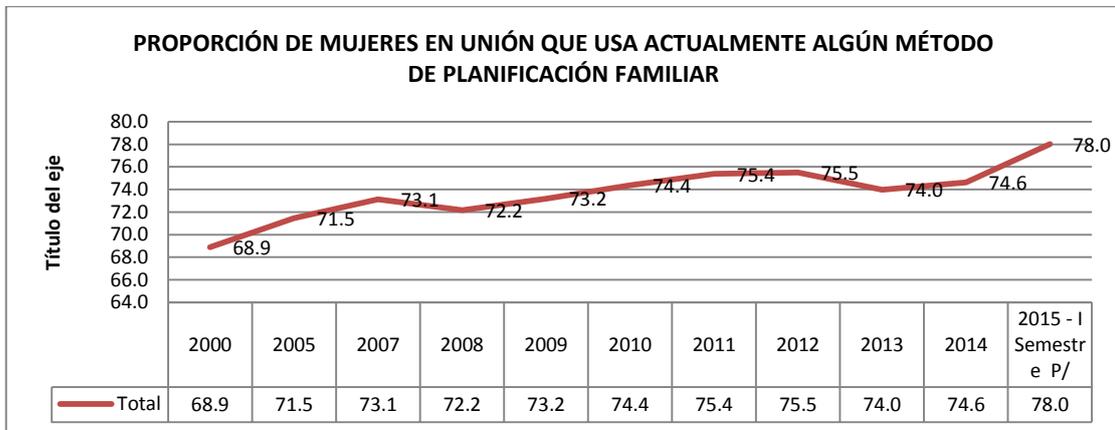
Nº	2013			2014		2015	
	REGIONES	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
1	AMAZONAS	8	2	19	4	11	2
2	ANCASH	15	3	22	4	18	4
3	APURIMAC	22	5	27	5	25	5
4	AREQUIPA	14	3	14	3	13	3
5	AYACUCHO	39	9	43	9	43	9
6	CAJAMARCA	30	7	26	5	35	7
7	CALLAO					0	0
8	CUSCO	103	23	108	22	108	22
9	HUANCAVELICA	43	9	44	9	33	7
10	HUANUCO	53	12	53	11	45	9
11	ICA					0	0
12	JUNIN	28	6	28	6	46	9
13	LA LIBERTAD	11	2	11	2	11	2
14	LAMBAYEQUE	3	1	3	1	3	1
15	LIMA REGION	6	1	6	1	6	1
16	LIMA ESTE					0	0
17	LIMA SUR					0	0
18	LORETO	6	1.32	5	1	8	2
19	MADRE DE DIOS	2	0.44	2	0	2	0
20	MOQUEGUA	3	1	3	1	3	1
21	PASCO	7	2	7	1	7	1
22	PIURA	3	1	9	2	9	2
23	PUNO	48	11	55	11	55	11
24	SAN MARTIN	10	2	11	2	10	2
25	TACNA					0	0
26	TUMBES					0	0
27	UCAYALI	2	0	4	1	3	1
	TOTAL	456	100	500	100	494	100

Fuente: Informe DGSP

Planificación Familiar

La proporción de mujeres en unión que usa actualmente métodos anticonceptivos, se ha incrementado de 74.6 en el año 2014 a 78 en el primer semestre 2015, según lo reporta ENDES I Semestre 2015 (gráfico).

Gráfico N° 05



Fuente: Informe DGSP

La Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, evalúa el indicador: Número de Parejas protegidas con métodos anticonceptivos, durante el año 2015 se observa un incremento de 67,428 parejas en relación al año 2014, lográndose proteger a 1'054,491 mujeres en edad fértil. Según se observa en la tabla.

Otros logros:

La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva realizó en las diferentes regiones del país, lo siguiente:

30 Talleres de actualización en metodología anticonceptiva: 1,047 profesionales capacitados.

900 Ciudadanos opinaron sobre los servicios de salud, la promoción de la maternidad saludable y segura en las regiones de Ayacucho (San Juan Bautista), La Libertad (Otuzco), Lima (San Juan de Lurigancho).

Diálogo Ciudadano sobre Salud Materna realizado en la ciudad de Otuzco La Libertad



Fuente: Informe DGPS

Consejería en el hogar en familias con recién nacidos

Consejería en el hogar a través de la visita domiciliaria en familias con recién nacidos dentro sus primeros 7 días, que abordan la importancia de lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, lavado de manos, baño del bebe, cuidados del recién nacido, signos de alarma en el recién nacido, abrigo, ambiente seguro. El seguimiento neonatal comprende a la consejería neonatal como uno de sus componentes, de modo que al desarrollar el seguimiento a través de la visita domiciliaria deberá efectuarse todas las acciones comprendidas en el seguimiento neonatal (incluyendo la consejería).

Familias con gestantes y puérperas informadas en prácticas de salud materna mediante consejerías



Fuente: Informe DGPS

En el marco del “Plan Nacional Bienvenidos a la Vida”, se programó cuatro reuniones macro regionales de asistencia técnica integral dirigido a equipo funcional para la implementación del Plan Nacional Bienvenidos a la Vida en diecinueve (19) regiones priorizadas: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Puno, Piura, Lambayeque, La Libertad, Arequipa, Ancash, Amazonas, Madre de Dios, Loreto, Ucayali y San Martín.

Operatividad de 372 grupos de apoyo comunal en 7 regiones del país: Amazonas (198), Apurímac (51), Cusco (34), Junín (10), La Libertad (48), Piura (24) y Ucayali (7)

Grupos de apoyo comunal implementados.



Fuente: Informe DGPS

900 Ciudadanos opinaron sobre los servicios de salud, la promoción de la maternidad saludable y segura en las regiones de Ayacucho (San Juan Bautista), La Libertad (Otuzco), Lima (San Juan de Lurigancho).

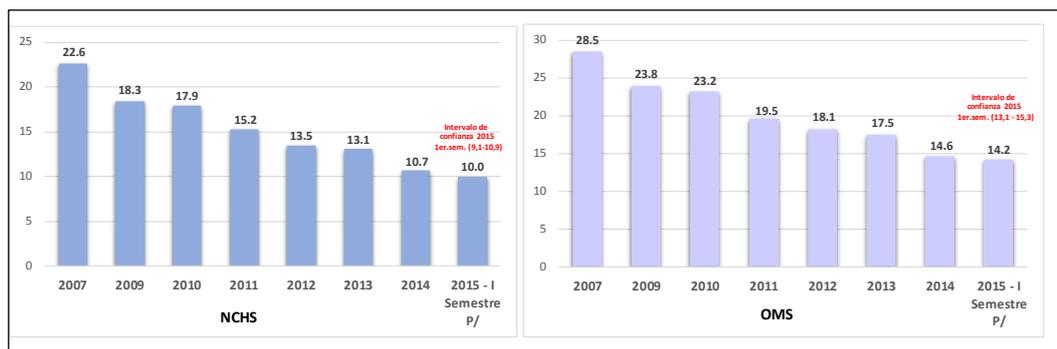
OBJETIVO 02 - REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN DE POBREZA Y EXTREMA POBREZA.-

Desnutrición Crónica Infantil

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer semestre 2015, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país. Disminuye, de 10,7% en el año 2014 a 10,0% en el primer semestre 2015, 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 14,6% a 14,2%, en el mismo periodo.

Gráfico Nº 6

Proporción de Menores de Cinco Años de Edad con Desnutrición Crónica, Según Patrón De Referencia

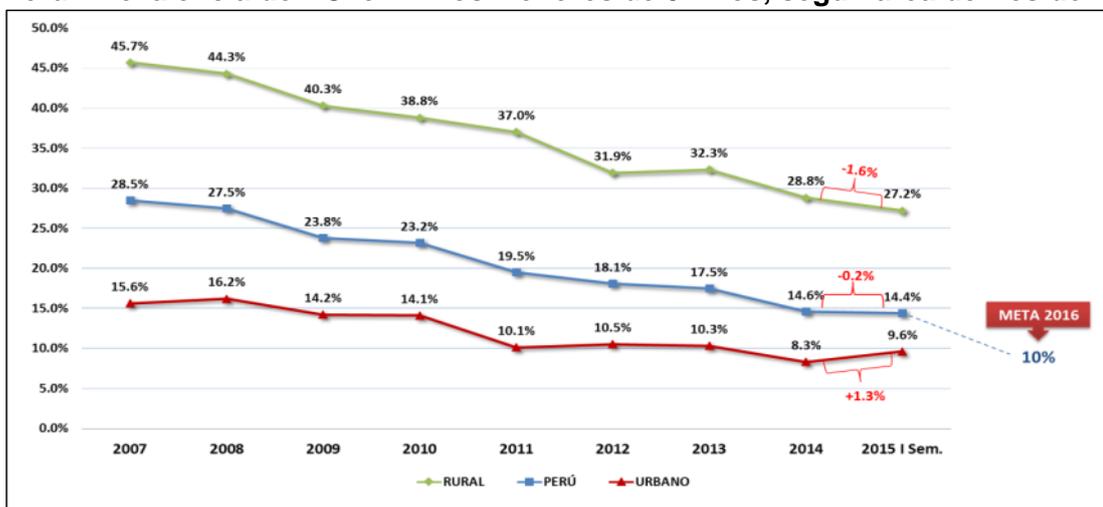


Fuente: Informe DGSP

Desde nuestro sector, el aporte está dado en la prevención de enfermedades y la promoción de alimentación y nutrición saludable, así como el fomento de hábitos que protegen la salud y calidad de vida.

Gráfico N° 7

Perú: Prevalencia de DCI en Niños Menores de 5 Años, según área de Residencia



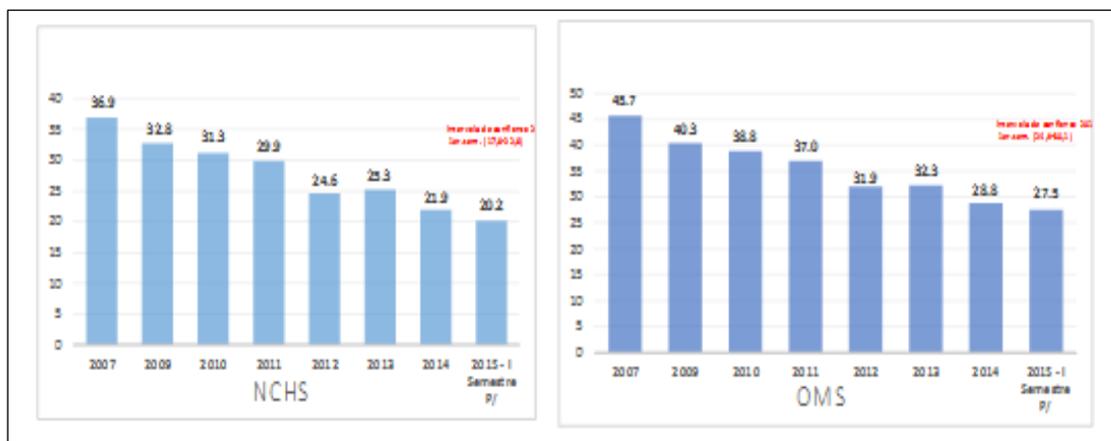
FUENTE: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 1° Semestre / Elaborado por el Eq. Tec. de la ESNANS/DAIS/DGSP

Tal como se aprecia en el gráfico, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar al primer semestre del 2015, la prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de 4 años, se ha reducido 0.2 puntos porcentuales.

En el área rural, con ambos Patrones Internacionales de Referencia, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad disminuye. Entre el año 2014 y el primer semestre 2015, la desnutrición se reduce con el Patrón de Referencia NCHS, de 21,9% a 20,2% y con el Patrón OMS, de 28,8% a 27,5%.

Gráfico N° 8

Proporción de menores de cinco años de edad con Desnutrición Crónica en el Área Rural, según patrón



Fuente: Informe DGSP



En el área urbana, el nivel de desnutrición crónica fue 6,3% en el primer semestre 2015 con el patrón de referencia NCHS. Teniendo como referencia el Patrón OMS, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad fue 9,3% en dicho periodo.

Reportes del Sistema HIS a diciembre 2015, se ha logrado que: 655,776 familias con niñas y niños menores de 36 meses que fueron informadas en prácticas de cuidado infantil, a través de consejerías en el hogar, alcanzando como cobertura de meta de Plan DCI- Anemia de un 48%.; Cabe mencionar que si comparamos en el mismo periodo de tiempo de Enero a Noviembre 2013, 2014, 2105, según reporte HIS, se evidencia que a nivel nacional se incrementó notablemente el número de familias con menores de 36 meses que recibieron consejerías en el hogar, a través de la visita domiciliaria de 293,401 en el 2013 a 655,776 en el 2015.

A diciembre 2015, según reportes del Sistema HIS se ha logrado que: 638,970 familias con niñas y niños de 6 a 36 meses fueron beneficiarias con 42,598 sesiones demostrativas de preparación de alimentos y micronutrientes, alcanzando como cobertura de meta de Plan DCI- Anemia de un 73%.

Aprobación de la Guía Técnica de Consejería de Lactancia Materna con Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA.

Se han desarrollado 21 Talleres de capacitación de facilitadores para sesiones demostrativas de alimentación y nutrición, a familias con niños, niñas menores de 3 años y gestantes, en el marco del Plan Nacional de la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia 2014; lo que ha repercutido en el incremento de las sesiones demostrativas a nivel nacional. Participaron doscientos ochenta (280) personal de salud de dieciséis (16) Gerencias Regionales de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud.

Capacitación a docentes, APAFAS y padres de familia de 23 mil Instituciones Educativas del ámbito Qali Warma.

A través de la Resolución Ministerial N° 959-2014/MINSA, del 11-12-2014, se conformó la Comisión Sectorial encargada de elaborar el diagnóstico, identificación y propuesta de la tipificación de Infracciones al Reglamento de Alimentación Infantil, así como el flujo procedimental para la aplicación de las sanciones a los establecimientos de salud públicos y privados, habiéndose participado en la elaboración del documento, denominado tabla de infracciones contra las IPRESS y se ha propuesto el informe final para la firma correspondiente.



Fuente: Informe DGPS

Aprobación y difusión de la Directiva Sanitaria Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables. Se realizaron diversos talleres en diferentes regiones para dar a conocer la Directiva Sanitaria. Es importante destacar que los indicadores para evaluar los quioscos escolares como saludables fueron incluidos en los criterios de calificación del Concurso de Quioscos escolares organizados de manera conjunta entre MINSA y MINEDU.

Difusión R.M. 161-2015/MINSA Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables en las Instituciones Educativas



Fuente: Informe DGPS



Fuente: Informe DGPS

Asistencia técnica para la Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables: se brindó asistencia técnica a fin de impulsar los quioscos escolares en el IGSS y Diresas (6): Lima, Callao, Tacna, Moquegua, Cajamarca, Arequipa 2,244 quioscos de II.EE intervenidos con algún nivel de logro.

Mediante el trabajo interministerial Minsa-MEF se cuenta con 1,300 Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria para el cuidado de la madre y del niño.

Centro de Promoción y Vigilancia Comunitaria



Fuente: Informe DGPS

2,600 Agentes Comunitarios de Salud capacitados para realizar acciones educativas y de seguimiento a la salud materna y nutrición infantil en los CPVC en estrecha coordinación con el personal de salud.



En el año 2015, se ha logrado que a través de la asistencia técnica del equipo de salud, las municipalidades registren la cantidad de S/ 44,241,325.00 como recursos invertidos en la implementación y funcionamiento de los CPVC, en la cadena presupuestal de municipios del Programa Presupuestal “Articulado Nutricional”.

Para el año 2016, también se ha logrado que las municipalidades programen recursos S/. 26, 938,033.00 para continuar con el funcionamiento de los CPVC.

80 mil madres líderes y cuidadoras de menores de 03 años para promover la disminución de la anemia, mediante el trabajo articulado con el MIDIS.

1,000 estudiantes de Institutos superiores capacitados para reducir la DCI y Anemia.

Movilización Social de Lucha contra la Anemia y DCI en Lima Metropolitana.

El Ministerio de Salud a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, cuenta con más 275 especialistas y operadores de salud en las 09 redes y 54 micro redes de salud a nivel de Lima Metropolitana, capacitados (manejo técnico, de gestión y logística) para implementar la Movilización Nacional de Lucha contra la Anemia y DCI.



Fuente: Informe DGPS

Madres beneficiadas de más de 2500 comedores populares de Lima Metropolitana, acceden y reconocen el uso y la importancia los MN, así como identifican los alimentos de origen animal ricos en hierro en la dieta diaria de la niña y el niño, menores de 3 años.



Fuente: Informe DGPS

OBJETIVO 03: DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA.

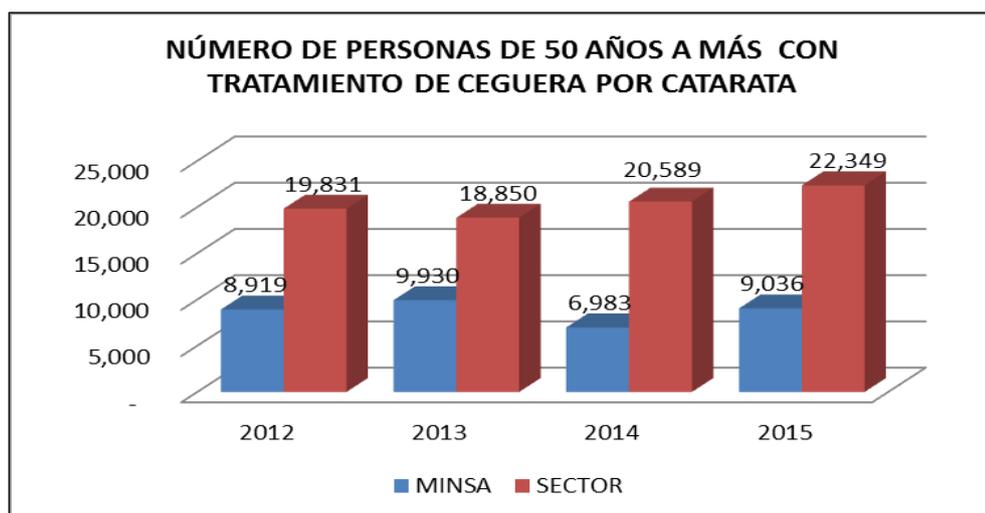
Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

Los problemas visuales son la 2da causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando cerca de 300,000 personas con discapacidad visual severa y 160,000 con ceguera por diversas causas, constituyendo así un gran impacto en el bienestar y calidad de vida de las personas que la padecen según el Instituto Nacional de Rehabilitación.

El número de niños (as) de 3 a 11 años de edad que se les realizó la valoración de la Agudeza Visual por el personal de salud, se viene incrementando desde el año 2012; alcanzando el año 2015 un valor de 1,952,085 lo que representa un incremento de más del 100% con respecto al año 2014 (932,522).

Gráfico N° 9

Personas de 50 años a más con Tratamiento Quirúrgico por Catarata



Fuente: Informe DGPS

En los últimos años se ha venido incrementando el número de cirugías de catarata tanto a nivel del Sector Salud (22,349 cirugías)¹ como a nivel del Ministerio de Salud, que registra hasta el tercer trimestre del 2015 un número de 9,036 cirugías, lo que se espera incrementar el número cuando se consolide la información al cuarto trimestre del presente año.

Durante el año 2015 se logró entregar 17,346 lentes correctores, lo que representa un incremento en más del 100% con relación al año 2014, este avance se obtuvo gracias al trabajo conjunto con el Plan de Salud Escolar y el Seguro Integral de Salud.

¹ Información al mes de Septiembre 2015: MINSAs (9,036) - Plan Más Salud (XX), EsSalud (11264), FAP (49), PNP (490), CMN (197). Cabe señalar que informó ONG DNJ (932) y del Sub Sector Privado (895).

Daños No Transmisibles

Para noviembre de 2015, las coberturas de todos los indicadores trazadores de los productos de la ESNPCDNT se incrementaron respecto al 2014. Los cuales se detallan a continuación:

Indicador 1: Valoración clínica de factores de riesgo (tamizaje), se incrementó en 30% respecto al 2014, se proyectó al 2015, alcanzar el 50% adicional.

Indicador 2: Tratamiento a personas con Diabetes, se incrementó en 15%, se proyectó al 2015, alcanzar una cobertura de al menos 20%.

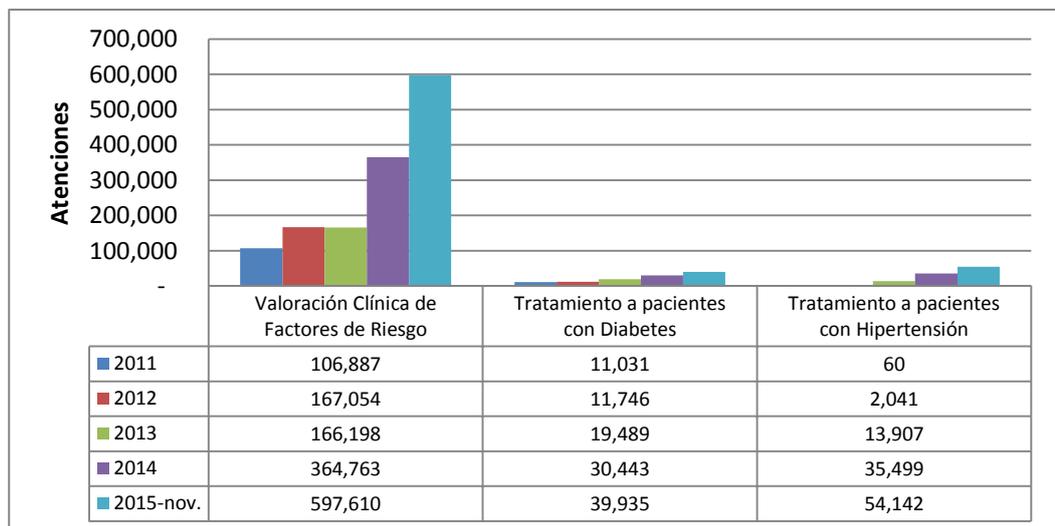
Indicador 3: Tratamiento a personas con Hipertensión, se incrementó en 15%, se proyectó al 2015, alcanzar una cobertura de al menos 22%.

Se implementó el tablero de control desde marzo de 2015. Además, en noviembre de 2015, se cuenta con un aplicativo de seguimiento y monitoreo de adquisiciones de órdenes de compra y servicio en base a la data del SIGA módulo logístico.

Mejora de la cobertura de Tamizaje y Tratamiento para HTA y Diabetes 2011 – 2015 (nov.).

Gráfico N° 10

Cobertura de Tamizaje y Tratamiento para HTA y Diabetes 2011-2015(nov.)



Fuente: Informe DGPS

Salud Bucal

Existe una brecha muy grande entre la necesidad de tratamiento de patologías estomatológicas y la respuesta del estado a esta necesidad de los más pobres. Se estima la brecha en un 91%, de las personas con necesidad de atención.

En el marco del Plan de Salud Escolar 2013-2016:

Implementación de las atenciones odontológicas en el marco del Plan de Salud Escolar, se proyectó atender 342,167 escolares de nivel inicial y primaria en 5,383 Instituciones Educativas con un financiamiento por el SIS de S/. 44,795,946.00.

A Noviembre 2015 se han realizado 347,179 escolares con el 1er paquete preventivo (examen, instrucción de higiene oral y aplicación de flúor barniz) y 106,547 con el 2do paquete preventivo.

En el paquete recuperativo se han realizado 363,864 restauraciones dentales y se han brindado 53,327 Alta Básica Odontológica (Niño libre de foco séptico en la cavidad bucal).

Se contrataron 581 Cirujanos Dentistas y se adquirieron 151 unidades odontológicas portátiles.

Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor “Vuelve a Sonreír:

Difusión Módulo Educativo para la Promoción de la Salud Bucal-Higiene Oral.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal implementó el Plan Vuelve a Sonreír en el 96% del país.

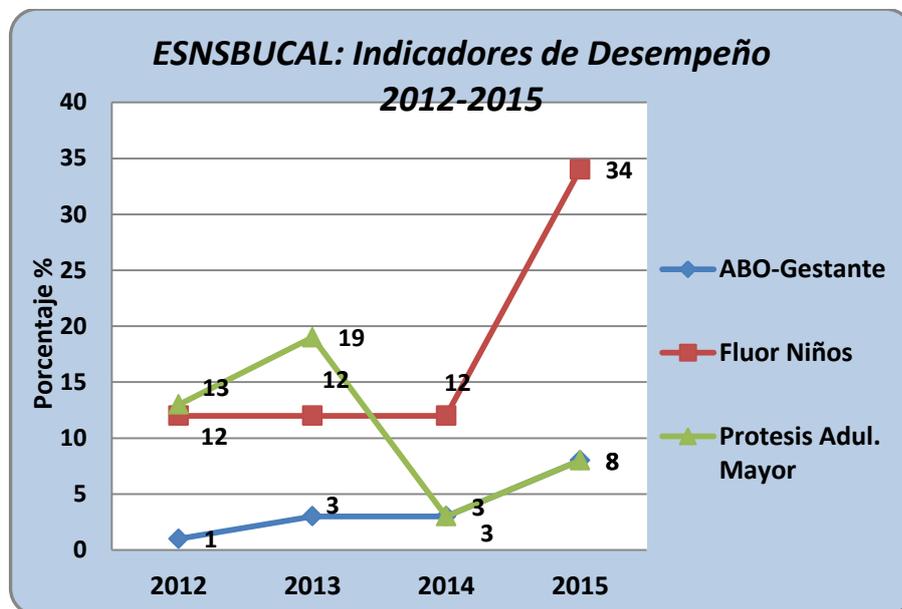
A Noviembre del 2015 se realizaron 161,878 exámenes odontológicos a los Adultos Mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, así mismo se realizaron 655,769 atenciones preventivas, recuperativas y especializadas a este grupo etario.

Se ha entregado un total de 967 prótesis dentales a nivel nacional hasta Noviembre del 2015 y desde el lanzamiento del plan se entregó 17,274 prótesis dentales beneficiando a Adultos mayores.

Beneficiarios de Prótesis

N° DE PROTESIS ENTREGADAS		BENEFICIARIOS POR PRÓTESIS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
2012	7027	3634	BD. VUELVE A SONREIR
2013	5743	2719	BD. VUELVE A SONREIR
2014	3537	1965	OGEI - HIS
2015	967	537	OGEI - HIS
TOTAL	17,274	8,855	

Fuente: BD- Vuelve a Sonreír 2012 y 2013 y OGEI – HIS 2014 y 2015



Fuente: HIS

Difusión de cartillas educativas para la promoción de la Salud Bucal dirigidas a docentes y padres de familia de los niveles Inicial y Primaria.

Curso virtual de promoción de prácticas saludables en instituciones educativas: Módulo Educación y Promoción de la salud y, módulo de alimentación saludable. El curso se tituló “promoviendo la Salud en mi Institución educativa. Se inscribieron 5400 docentes de primaria del ámbito de intervención del PSE componente 2 y 3 hasta el momento 2281 docentes de nivel primaria de todas las regiones del país han terminado las evaluaciones y entregados los trabajos.

Supervisión y monitoreo de la implementación del PSE (componentes 2 y 3) a DIRESAS/GERESADISA/Redes y Microredes de Salud: La actividad se cumplió en las 26 DIRESAS e IGSS llegando a las redes y microredes de salud, aplicándose un formato



de evaluación y dejándose las recomendaciones para fortalecer las actividades que desarrolla la DES.

El lanzamiento de Salud Bucal en las IIEE en el marco del Plan de Salud Escolar



Fuente: Informe DGPS

Salud Mental

Implementación del Programa Presupuestal 131 Prevención y Control en Salud Mental y mediante Decreto Supremo 071-2015/MEF del 29 de marzo del 2015, se autorizó Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas e Instituto de Gestión de Servicios de Salud y diversos Gobiernos Regionales para el nuevo Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental por el monto de 25 millones de Nuevos.

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.

En el año 2015 se han implementado 22 Centros de Salud Mental Comunitaria en el primer nivel de atención, que tienen como función principal brindar la atención especializada de salud mental y dar apoyo y soporte a las redes y micro redes del sistema de salud de un territorio determinado. También actúan como estructura de contención para evitar la derivación a un nivel de mayor complejidad, cuando no sea necesario.

Se han implementado y/o fortalecido 15 Unidades de hospitalización de psiquiatría y adicciones de estancia breve (hasta 60 días), dependiente del hospital general. Este servicio garantiza la estabilización clínica de personas en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización del Trastorno mental diagnosticado.

Se han implementado 02 Unidades de hospital de día de salud mental y adicciones (en Lima y Tacna) como servicios ambulatorio especializado, Este servicio garantiza la continuidad del proceso de estabilización clínica luego de la Alta hospitalización total, mediante un



tratamiento más intensivo del que es posible entregar en la atención ambulatoria especializada. Al concluir la atención diaria el usuario retorna a su hogar.

07 Hogares Protegidos (05 en Iquitos, 01 en Moquegua, 01 Lima – Carabayllo) como servicios médicos de apoyo que brindan protección residencial transitoria, para pacientes en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos de auxiliares de enfermería.

En el presente año se han realizado en total 708,2864 tamizajes en salud mental, observándose un incremento de 35% en comparación con el año 2014.

Atendidos por trastornos y problemas de salud mental.- En el año 2015 se han atendido 825,455 personas con trastornos mentales y del comportamiento y violencia familiar, observándose un incremento de 18 % en comparación con el 2014. El mayor incremento de atendidos se presenta en trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

Implementación de las prestaciones de Salud Mental, en el marco del Plan de Salud Escolar.- Se ha logrado realizar 16,668 tamizajes de salud mental en las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, habiéndose identificado a 6,677 niños y niñas en la etapa pre-escolar y escolar con riesgo de presentar problemas emocionales, de conducta, de hiperactividad y déficit de habilidades sociales.

En el último año los mecanismos de financiamiento han permitido contar en la actualidad de 1968 profesionales psicólogos a nivel nacional en el país, siendo el grupo profesional de mayor crecimiento en el sistema (11% de incremento en comparación con el 2014)

Decreto Supremo 033-2015/SA que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el Artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de Salud Mental.

Resolución Viceministerial N° 0028-2015-SA-DVM-SP, se aprobó el “Protocolo Sanitario de urgencia para la Intervención de Brigadas de Salud Mental”, tiene por objetivo establecer procedimientos operativos para la intervención de las brigadas en salud mental.

Reglamento de la Ley N°30020 “Ley que crea el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias”, Actualmente se encuentra en el Comité de Coordinación Viceministerial – CCV.

Difusión de Merchandising del Plan de salud escolar componente 2 y 3, el cual se difundió en las 25 regiones e IGSS.

Firma del Acuerdo Binacional para promover la actividad física entre el Ministerio de Salud del Perú y su contraparte de Ecuador.



500 mil personas se benefician con el Programa de Promoción de la Actividad Física (Incluye 200 Ciclo Vías), con un programa de 300 Kilómetros de espacios públicos seguros.

200 Ciclo Vías a nivel nacional



Fuente: Informe DGPS

A Diciembre 2015 se cuenta con 13 redes regionales que promueven actividad física, en el marco de la red nacional "ACTIVATE PERU".

13 Redes regionales promueven actividad física en el marco de ACIVATE PERU



Fuente: Informe DGPS

01 Conferencia Internacional de capacitación "Trata de Niños, Niñas y Adolescentes con la finalidad de fortalecer las competencias del personal de salud en referencia a las



competencias del sector para el cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan Nacional contra la trata de personas en el Perú 2011-2016.

Mil (1,000) niños, niñas y adolescentes y tutores informados sobre derechos vinculados a la salud y mecanismos de prevención del trabajo infantil y la trata de personas, durante la conmemoración del Día Mundial contra el trabajo infantil.

Se brindó también información sobre el proceso de afiliación al Seguro Integral de Salud.

1500 universitarios(as) de Lima y Callao, informados en qué es la Trata de Personas, quiénes pueden ser las víctimas, mecanismos de captación y los impactos a la salud de la misma.

Fortalecimiento de capacidades de 300 trabajadores de salud de 11 Direcciones Regionales de Salud de Tumbes, Arequipa, Cajamarca, Loreto, San Martín, Huancavelica, Puno, Madre de Dios, Amazonas, La Libertad y Ucayali, en temas: Enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud.

Plan Esperanza

Implementación de nuevas unidades de atención itinerante de cáncer "Esperanza Móvil" con 10 unidades móviles que atienden Lima, Ica, Pasco y se implementará en Piura y Callao.

En el 2015 se han atendido 198,000 pacientes con cáncer.

Se realizaron 102 trasplantes de médula ósea en pacientes con leucemia, entre el INEN y el INSN de San Borja, siendo 21 de ellos realizados en el extranjero.

Se realizaron 4 075,527 consejerías, del 2014 al 2015 se han incrementado en 11,000 atenciones para prevención de cáncer de mama.

Se realizaron 830,000 atenciones preventivas de cáncer de cuello uterino.

Implementación del NetLab en las regiones de Lima, Arequipa, San Martín y Tacna.

Fortalecimiento de los servicios oncológicos

Se realizó la campaña "Día Mundial contra el Cáncer" (04 febrero) donde se tiene como objetivo sensibilizar a la población para la realización de pruebas de tamizaje en cáncer así como orientarlas en cuanto a las diversas maneras de atención que pueden recibir.

Se realizó el Taller Internacional de Cáncer de la Mujer en coordinación con la OMS, donde se busca afianzar el conocimiento de los coordinadores de cáncer en relación a



los cánceres que afectan a la mujer de manera más frecuente. Así mismo se llevó a cabo la Feria informativa de cuello uterino (en marzo).

En setiembre de 2014 se inició la elaboración de matrices para el levantamiento de información de carcinógenos ocupacionales del Perú donde se utilizó la metodología CAREX (CARcinogen EXposure), y se contó con la presencia de expertos de Costa Rica, Nicaragua, Brasil y Estados Unidos.

En el año 2015 se continuo con el trabajo en los meses de mayo y junio donde se llevó a cabo los talleres de Afinamiento de Datos en las diferentes áreas de trabajo (Agricultura y pesca, Comercio y servicios, Construcción, Energía y minas, Manufactura (Textiles, cuero, madera, muebles, artes gráficas, alimentos, minerales, químicos y plásticos)), y se trabajó por separado con cada uno de los grupos de las diferentes áreas de trabajo, siendo aproximadamente 120 participantes.



Fuente: Informe DGPS

Esperanza Móvil

Durante el año 2014, de los asegurados diagnosticados con algunos de los tipos de Cáncer más prevalentes financiados por el FISSAL bajo pago prospectivo nominado, el 38.5% presentaron diagnóstico en Estadíos 1 y 2 frente a un 61.5 % que presentaron diagnósticos en Estadíos 3 y 4.

A julio del año 2015, de los asegurados diagnosticados con algunos de los tipos de Cáncer más prevalentes financiados por el FISSAL bajo pago prospectivo nominado, el 48.9% presentaron diagnóstico en Estadíos 1 y 2 frente a un 51.2 % en Estadíos 3 y 4.



Tabla N° 3

Total de atenciones a pacientes con cáncer. Periodo 2012 - 2015

Año	2012	2013	2014	2015	TOTAL
FISSAL	7,901	16,869	17,749	25,005	67,524
SIS	17,104	35,639	40,190	38,425	131,358
TOTAL	25,005	52,508	57,939	63,430	198,882

Fuente: Base de datos SIS Central (Fecha de consulta: 04/12/2015, actualizado a Octubre del 2015)

A través del Seguro Integral de Salud y el Fondo Intangible Solidario en Salud, durante el periodo 2012 – 2015, se han realizado 198 882 atenciones, que representa 66% y 34% para SIS y FISSAL respectivamente.

La Resolución Ministerial N° 496-2015/MINSA, que establece Modificar los artículo 1 y 2 de la Resolución Ministerial 124-2013/MINSA, rectificada con Resolución Ministerial N° 215-2013-MINSA, a través de la cual se modifica la conformación de la comisión sectorial encargada de implementar “Plan Nacional para a la atención integral del cáncer y mejoramiento de Acceso a los servicios Oncológicos en el Perú denominado “Plan Esperanza aprobado por D.S. N° 009-2012-SA”

OBJETIVO 04- DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA.

TBC/ VIH

En la última década la Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA con el apoyo de las diferentes instancias del Ministerio de Salud y multisectorial intensificaron las intervenciones y se produjo un importante incremento y mejora de la oferta de servicios para prevenir y reducir el impacto del VIH.

Se emitió el Plan Estratégicos Multisectoriales (PEM) corresponde al periodo 2015-2019.

El acceso al tratamiento es uno de los logros más importantes, se vienen impulsando la descentralización del TARGA a establecimientos de salud de nivel primario para mejorar el acceso a la atención integral de los PVVS.



Tabla Nº 4

Indicadores de desempeño –PC ITS/VIH/SIDA y hepatitis B, 2011 -2015

Indicadores	Periodo 2010 – 2015				
	2011	2012	2013	2014	2015*
Cobertura de tamizaje VIH en varones de 18 a 59 años	0.7%	1.1.%	2.1%	0.6%	2.3%
Cobertura de Tratamiento en Gestantes con VIH	92%	91%	89%	87%	85%
Cobertura de Tratamiento en Gestantes con Sífilis	71%	90%	78%	80%	78%
Tasa de Niños con Sífilis Congénita	0.69	0.57	0.55	0.48	0.36
Cobertura TARGA	28%	44%	49%	58%	61%
Cobertura de Tamizaje Hepatitis B en poblaciones indígenas	3%	3%	8%	13%	13%
Porcentaje de personas diagnosticadas con Hepatitis B crónica que reciben tratamiento	SD	SD	54%	29%	67%
Cobertura de personas diagnosticadas con ITS que reciben tratamiento	94%	93%	94%	94%	99%

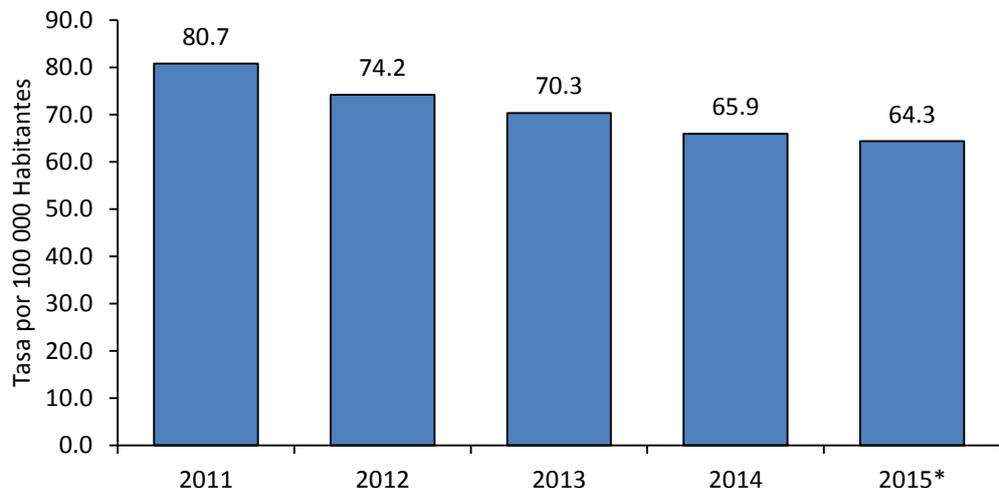
Fuente: ESN ITS/VIH/SIDA y hepatitis B, Población Estimada INEI, OGEI

*Información consolidada al tercer trimestre

En establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), la incidencia ha disminuido en alrededor del 20% desde el 2011 y 2.4% considerando el 2014 (ver gráfico 61) Si bien se muestra una tendencia sostenida a la reducción de la incidencia, hay una ligera desaceleración en el último año, debido a una mejor búsqueda de sintomáticos respiratorios.

Gráfico Nº 11

Tendencia de la tasa de incidencia de Tuberculosis MINSA comparativa de los últimos 5 años*



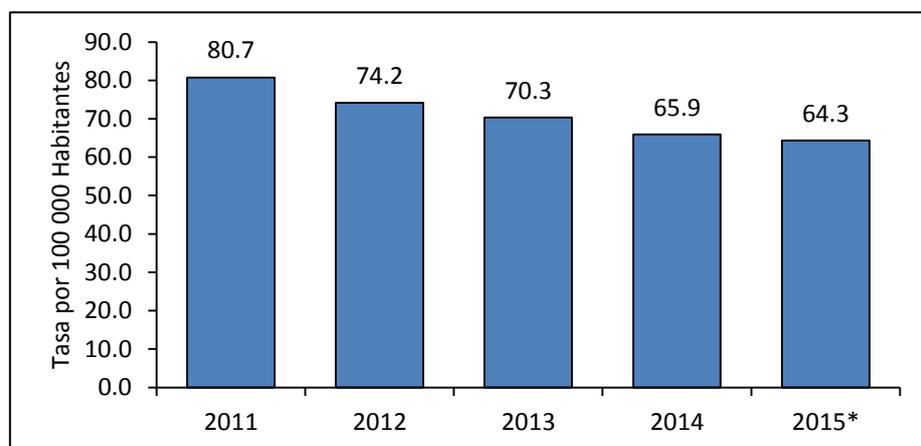
(*) Información proyectada - ESN PCT IO 2015 fecha 20.01.16

La tasa de morbilidad estimada para el año 2015 se redujo en 61% respecto al año 1992, donde mostró la mayor tasa de morbilidad, y en 3% respecto al año 2014. La tasa de incidencia del 2015 disminuye en 64% respecto a la del año 1992 y en 2% en relación al 2014.

La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo disminuyó para el 2015, en 64%, respecto al año 1993 y 2.9% en relación al año 2014.

Gráfico N° 12

Tendencia de la tasa de incidencia de Tuberculosis MINSA comparativa de los últimos 5 años*



(*) Información proyectada - ESN PCT IO 2015 fecha 20.01.16
Fuente: Informe DGPS

Capacitación a 500 trabajadores a centros laborales en prácticas de higiene.

Fortalecimiento de competencias del personal del nivel regional, mediante 06 asistencias técnicas, de las cuales el 100% fueron en temas de Dengue / Chikungunya

Asistencia técnica a la GERESA La Libertad en el marco de las acciones de promoción de la salud frente al dengue y Chikungunya del 19 al 22 de mayo de 2015.

Asistencia técnica a la DIRESA Piura en el marco de las acciones de promoción de la salud frente al dengue y Chikungunya del 15 al 27 de junio de 2015, con el objetivo de activas los Centro de Operaciones de Emergencias de la Región de Piura, de la Provincia de Chulucanas, del distrito de La Matanza y del distrito de Morropón, en conjunto con los responsables de promoción de la salud y de la estrategia de enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas de la Red de Salud Morropón-Chulucanas.

Se elaboró el documento técnico “Abordaje de las Zoonosis desde sus Determinantes Sociales”, se ha iniciado la fase de revisión y aportes.



Se está incorporando los aportes de DES y la DPCS en la actualización del componente de Promoción de la Salud desde una perspectiva de abordaje de los DSS, en las normas de Fasciolosis y Brucelosis, con un 80% de avance.

Implementación de los talleres con gobiernos locales, en el marco de la emergencia que supone reportar brotes de rabia canina en el sur del país (Puno y Arequipa). El acta ha incluido una matriz de indicadores integrados a monitorear en el territorio (municipio) que vincula la prevención de las zoonosis con énfasis en rabia y la tenencia responsable en el marco de la Ley del Régimen Jurídico de Canes, compromiso asumido por las Redes/MR y sus gobiernos locales y que serán reportados por el Comité Regional de Zoonosis.

Se ha realizado la Reunión macro regional para reimpulsar las acciones de vigilancia, prevención y control de Peste, realizada en Cajamarca, teniendo como contexto el fenómeno del niño que podrán favorecer brotes de peste como efecto posterior a este evento climático.

Artículo del Informe final de Equinococosis quística /Hidatidosis para la Revista Experimental de Salud Pública del INS (en proceso, a culminar en Diciembre 2015)

35 encuestas aplicadas a gestores de los gobiernos locales, insumo para una sistematización de la experiencia de abordaje de los DSS asociados a rabia transmitida por el perro (Talleres con Gob. Locales).

Aprobación y difusión de kit educativo comunicacional de promoción del lavado de manos en el ámbito educativo.

Asistencia técnica y Talleres Implementación del Módulo Educativo de Promoción de Prácticas Saludables frente al dengue -fiebre Chikungunya (Ancash, Tumbes, Cusco, La Libertad, Puno, Lambayeque, Madre de Dios, Piura). Cabe señalar que se organizaron equipos de trabajo con los profesionales de los equipos técnicos de la región Piura y Tumbes teniendo mucho éxito en el involucramiento de las autoridades de los diferentes sectores en las regiones.

Campaña intersectorial MINSa-MINEDU de lavado de manos en Instituciones educativas. Las redes de salud que impulsaron la campaña del Lavado de Manos fueron 134. Este trabajo permitió que 6,153 IIEE participen en la campaña lo que significó la participación de 25,373 docentes y 552,750 estudiantes de todas las regiones del país.



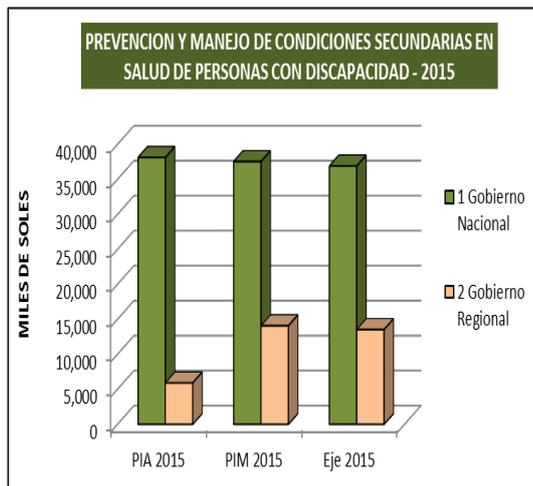
Campaña Intersectorial de Lavado de Manos



Fuente: Informe DGPS

OBJETIVO 05 - REDUCIR Y MITIGAR LOS DAÑOS Y/O LESIONES OCASIONADAS POR FACTORES EXTERNOS.

PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.



PROGRAMA PRESUPUESTAL DE DISCAPACIDAD			
NIVEL DE GOBIERNO	PIA 2015	PIM 2015	Eje 2015
1 Gobierno Nacional	38,124,531	37,546,713	36,900,783
2 Gobierno Regional	5,914,873	14,076,911	13,534,156
TOTAL	44,039,404	51,623,624	50,434,939

F.F: Portal de transparencia del MEF

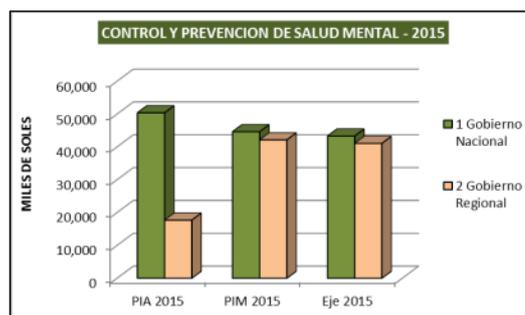
En el marco de la Ley Ne 29812, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012, donde se dispone que durante el año fiscal 2012 se priorizará el diseño e implementación de un programa presupuestal dirigido a las personas con discapacidad orientado a lograr resultados preferentemente en materias de educación inclusiva y especial, intervención temprana, salud y rehabilitación e inserción laboral. En este contexto, el Ministerio de Salud, como miembro de la Comisión Multisectorial, ha

participado en el diseño y formulación del Programa Presupuestal Multisectorial, así como en el diseño del programa presupuestal del sector, identificado como problema principal las *limitaciones en el acceso a servicios de salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación, rehabilitación integral de las personas con Discapacidad*, asignándose el presupuesto de S/. 7'000,000, orientado a la implementación y fortalecimiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de Medicina de Rehabilitación (MR) en las ejecutoras de Lima Metropolitana .

Se desarrollaron talleres 05 macro regionales en los que se capacitaron más de 50 profesionales para la acreditación del certificado de discapacidad

CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

PROGRAMA PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL			
NIVEL DE GOBIERNO	PIA 2015	PIM 2015	Eje 2015
1 Gobierno Nacional	50,395,801	44,627,614	43,318,199
2 Gobierno Regional	17,689,662	42,145,247	41,073,167
TOTAL	68,085,463	86,772,861	84,391,366



F.F: Portal de transparencia del MEF

La ejecución del Programa Presupuestal muestra un avance del 97% a nivel nacional y regional el comportamiento es similar, en el nivel nacional el presupuesto del PIA respecto al PIM disminuye en cerca del 12% y el de las regiones se incrementa en más del 230%.

En casi todas las regiones el presupuesto se incrementa más que en el nivel nacional, este detalle se explica por qué además de la transferencia de los recursos por el DS N° 071-2015-EF, hay que sumarle las transferencias que el Seguro Integral de Salud realiza en el transcurso del año.

La atención de la salud mental de la población en el Perú históricamente ha sido relegada habiéndose priorizado la atención de la salud física bajo la premisa que los problemas vinculados a ésta generan mayor mortalidad y sufrimiento. Sin embargo, en el Perú cada año mueren entre 900 a 1,000 personas por suicidio y el 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, especialmente Depresión, Trastornos de Ansiedad y Alcoholismo, sin considerar a quienes sufre de violencia, además del 20% de niños y niñas que sufren de algún trastorno mental como los problemas severos del comportamiento y problemas de aprendizaje. El 90% de esta población no recibe atención, siendo mayor esta cifra en población pobre y extremadamente pobre.

Mediante Decreto Supremo 071-2015/MEF del 29 de marzo del 2015, se autorizó Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 para el nuevo Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental por el monto de 25 millones de Soles.

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CULTURA DE TRÁNSITO Y SEGURIDAD VIAL

La ESNSVCT, ha desarrollado el taller Nacional para la implementación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Seguridad vial y cultura de tránsito, cuyo objetivo principal fue fortalecer las competencias de los coordinadores regionales de la estrategia sanitaria nacional de seguridad vial y cultura de tránsito de las Direcciones/Gerencias Regionales

Capacitación a 15 Coordinadores Regionales de la Estrategia Sanitaria de Seguridad Vial respecto a la gestión de la estrategia, en el marco de la Reunión Nacional de Coordinadores Regionales de Seguridad Vial del 09 al 11 de noviembre del 2015, con expositores internacionales y nacionales.

Los coordinadores diseñaron y elaboraron el Plan Regional de Seguridad Vial 2016 – 2020 para su respectiva región, revisados por el Equipo Técnico de la ESNSVCT.

La ESNSVCT, ha elaborado y validado el Plan Nacional de la Estrategia Sanitaria de Seguridad Vial y Cultura de Tránsito 2016-2020”

La ESNSVCT, ha elaborado y validado el Plan Nacional de la Estrategia Sanitaria de Seguridad Vial y Cultura de Tránsito 2016-2020”

Ha elaborado y validado la Guía de acciones de promoción de la Salud en el eje temático de seguridad vial.

Ha elaborado y validado la Guía de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Seguridad Vial y Cultura de Transito

La ESNSVCT participa activamente en el Programa Nacional de Capacitación en Educación de Seguridad Vial-PRONACESVI, dirigido a incluir el eje temático de seguridad vial y cultura de tránsito en las instituciones educativas, habiéndose capacitado anualmente aproximadamente 300 docentes de todo el país en conjunto con los integrantes del Consejo Nacional de Seguridad Vial, apoyando con el equipo técnico de la ESNSVCT y equipos de las Disa y Diresa de Lima y las Regiones del país.

Ministerio de Salud amplía la disponibilidad de recursos humanos en salud para avanzar en la equidad del acceso a los servicios de salud

En los últimos años, el sector salud ha incrementado la disponibilidad de RHUS, evidenciándose a través del Indicador de la Razón de Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud (Número de personal de la salud; médicos, enfermeras y obstetras que, en un determinado año, laboran a tiempo completo en establecimientos de salud Públicos o Privados, expresado en una tasa cada 10.000 habitantes), para el año 2015, el indicador de país es de 29.6 por 10 000 hab. (Indicador mínimo necesario para garantizar una mejora en los indicadores sanitarios es de 25 por 10 000 hab.) existiendo Gobiernos Regionales que están por encima del indicador de país como



Callao, Apurímac, Arequipa, Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Lima, Ayacucho, Ica, Tumbes, y Huancavelica.

El aumento de RHUS fue principalmente en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud – SERUMS y contratación de profesionales de la salud por presupuesto por Resultados, contratación de médicos especialistas, incremento de la formación de médicos especialistas y ampliación de la formación de médicos especialistas en Gobiernos Regionales, prestaciones complementarias, reforma de la política remunerativa. Subsistiendo aún la inequidad en la distribución de recursos humanos en los ámbitos de los Gobiernos Regionales.

Avanzando en la Cobertura de Atención de Salud a poblaciones pobres, con 8,999 profesionales de la salud del Programa Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS

El Sector de Salud para el año 2015 en el primer proceso se ofertaron 9,096 plazas remuneradas considerando a todas las instituciones financiadoras (MINSA, Gob. Regionales, EsSalud, Sanidades de las FFAA y PNP, Inst. Privadas), de las cuales el Ministerio de Salud financia el 70.8% (6,447) del total de las plazas. El Programa SERUMS, lo realizan profesionales de la salud que brindan atención integral de salud a las poblaciones más pobres del país.

Tabla Nº 5

Oferta de Plazas Remuneradas del SERUMS - Primer Proceso 2015

DIREAS	ESSALUD	MINSA	GOBIERNO REGIONAL	PRIVADO	FAP	NAV	EP	PNP	TOTAL
AMAZONAS	23	167	68				7	5	270
ANCASH	50	366	77				2	9	504
APURIMAC I	18	384	79				1	15	497
AREQUIPA	30	221	102		9			2	364
AYACUCHO	31	399	62				3	7	502
CAJAMARCA I	52	481	100				2	27	662
CALLAO (LIMA I)		4	10			8		2	24
CUSCO	36	349	72				8	13	478
HUANCAVELICA	32	329	54				1	8	424
HUANUCO	22	366	72				4	4	468
ICA	18	189	100		7			5	319
JUNIN	31	372	99		1		9	3	515
LA LIBERTAD	52	408	61				4	5	530
LAMBAYEQUE	20	270	49				3	2	344
LIMA (EX - LIMA III)	28	119	47					1	195
LIMA CIUDAD (LIMA V)	1	11			1	6		1	20
LIMA ESTE (LIMA IV)		18			1				19
LIMA SUR (LIMA II)	1	22						1	24
LORETO	34	214	57	37	5	13	13	6	379
MADRE DE DIOS (PTO.MALDONADO)	12	93	31		1	2	2	9	150
MOQUEGUA	2	60	55						117
PASCO	38	185	47					1	271
PIURA I	60	439	72		11	2	8	7	599
PUNO	53	437	69			2	9	8	578
SAN MARTIN	27	240	54		3		4	3	331
TACNA	9	75	36				9	5	134
TUMBES	12	104	33			3	9	3	164
UCAYALI	26	125	52			2	3	6	214
Total General	718	6447	1558	37	39	38	101	158	9096

F.F.: DGGDRH

La DGGDRH, viene implementando estrategias para avanzar en la cobertura de atención especializada en el país

La DGGDRH, ha elaborado diversas estrategias para disminuir el déficit y la inequidad en la distribución de médicos especialistas para el corto y mediano plazo; entre otras: reforma de la política remunerativa, contratación de médicos especialistas, prestaciones complementarias, incremento de la formación de médicos especialistas y ampliación de la formación de médicos especialistas en Gobiernos Regionales.

Reforma de la Política remunerativa, incentivos monetarios para médicos especialistas por atención especializada con énfasis en los establecimientos de salud de los ámbitos de Gobiernos Regionales. Significando una inversión de 47.9 millones de soles

Prestaciones Complementarias, aprobado en el artículo 22° de la Ley 29951, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2013, permite al médico cirujano especialista prestar servicios complementarios en el mismo establecimiento y/o en otro que su unidad ejecutora tenga suscrito un contrato de intercambio de servicios prestacional para la prestación de servicios complementarios.

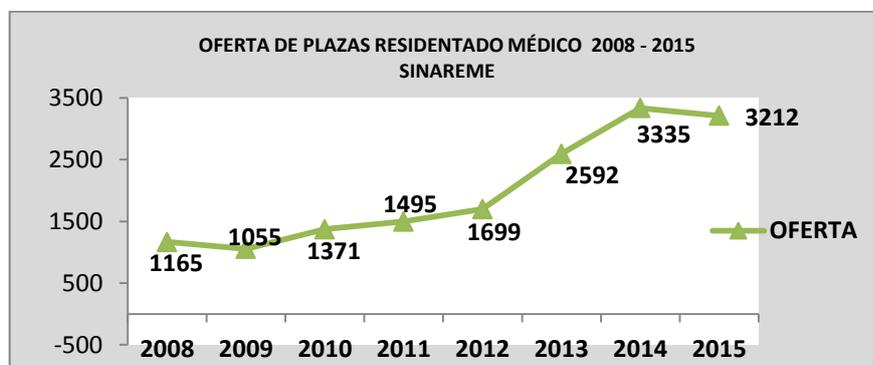
Incremento de la Formación de Médicos Especialistas, de 1371 vacantes en el 2010 a 3,212 vacantes en el 2015 lo cual significa un aumento del 234% de las plazas ofertadas.

Ampliación de la Formación de Médicos Especialistas en Gobiernos Regionales, mediante el incremento de sedes de formación, en el 2008 se tenía 5 sedes de formación en la actualidad se tiene 14 y se espera tener 16 sedes formación para el 2015, previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales, en el marco de los estándares exigidos por el Comité Nacional de Residentado Médico – CONAREME.

Incremento de plazas en la modalidad libre y cautiva al Sistema Nacional de Residentado Médico en el Proceso de Admisión al Residentado Médico 2015.

Gráfico Nº 13

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA OFERTA DE PLAZAS A LOS PROCESOS DE ADMISION RESIDENTADO MEDICO 2008 - 2015



F.F. DGGDRH



El MINSA ha incorporado 700 nuevas plazas en la modalidad libre, en los dos Procesos de Admisión al Residentado Médico 2015, de las cuales 197 plazas libres se ofertó para la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Asimismo en cada Proceso de Admisión del año 2015, se han asignado el 43% de las plazas a los Gobiernos Regionales (Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali). En el año 2015 se han ofertado 489 plazas en la modalidad cautiva; lo cual permitirá que los médicos nombrados de los gobiernos regionales al término de la formación de segunda especialización retornen como especialistas, contribuyendo a disminuir el déficit existente en el país.

El incremento de 700 plazas en la modalidad libre corresponde a una inversión de S/.14'561,617.00 nuevos soles.

Tabla Nº 6

INSTITUCIÓN FINANCIADORA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MINISTERIO DE SALUD Y GOB. REGIONALES	584	813	840	1087	1442	2121	2095
ESSALUD	250	315	416	352	850	850	850
SANIDAD PNP	95	120	121	122	115	188	114
SANIDADES FFAA	117	109	104	108	126	108	98
OTRAS INSTITUCIONES	9	14	14	30	59	68	55
TOTAL	1055	1371	1495	1699	2592	3335	3212

Implementación de la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas para el Personal de Salud al Servicio del Estado en el marco de la Reforma del Sector Salud para el reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud de poblaciones pobres

En el año 2015 se han aprobado diferentes dispositivos que han permitido la implementación de la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de Salud al Servicio del Estado, aprobada mediante Decreto Legislativo 1153 que tiene por finalidad que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano que promueva el desarrollo del personal de la salud.

Durante el año 2015, para la implementación de las bonificaciones y entregas económicas priorizadas se ha transferido lo siguiente:



Tabla N° 7

TRANSFERENCIAS	PEA	COSTO
D.S. 048-2015-EF	5,401	223,416,651
D.S. 070-2015 -EF	2,817	11,116,445
D.S. 132-2015-EF	13,711	13,772,464
D.S.321-2015-EF		22´491,253
D.S.370-2015-EF		54´169, 510
Total		76´660,763

Para la entrega de los bonos por atención en servicios críticos, atención especializada en EESS del II al III nivel, atención especializada en EESS estratégicos del I -4 al II nivel, bono por responsabilidad jefatural de departamento o servicio; bono por responsabilidad jefatural de microrred, bono por responsabilidad jefatural de red, Bono Zonas alejadas y de Frontera, Bono por Zona de Emergencia.

El Programa en el marco de la Gestión Ambiental, Seguridad y Salud, en las obras de infraestructura se ha desarrollado entre otras actividades:

50 Estudios de Impacto Ambiental certificados por DIGESA.

Evaluación de pasivos ambientales y elaboración de Plan de Manejo Ambiental para 22 proyectos ejecutados.

Fortalecimiento de capacidades a 805 personal en gestión y manejo integral de residuos sólidos en 104 establecimientos de salud instituciones vinculadas al tema. Elaboración de la propuesta de la Norma Técnica: "Gestión y Manejo Integral de efluente residuales en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Asistencia Técnica a DIGESA en relación a la simplificación de sus procedimientos administrativos relacionados a: Autorización sanitaria de Tanque séptico e infiltración en el terreno, aprobación del Programa de Adecuación y Manejo Ambiental (PAMA) para infraestructuras de transferencia, tratamiento y disposición final de residuos sólidos entre otros.

Elaboración e implementación de instrumentos e instructivos que han permitido minimizar los riesgos y evitar accidentes en el personal durante el desarrollo de sus actividades.

Implementación del sistema de gestión de seguridad y salud durante la etapa de ejecución de las obras.



Con respecto a la Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil (EPPE): El PARSALUD II intervino en familias con mujeres (gestante, parturienta, madre lactante y madre de niños menores de tres años) y niños y niñas menores de 3 años de zona rural mediante la promoción de prácticas de cuidado a la mujer y comportamientos saludables en diferentes temas prioritarios de salud y nutrición materno infantil en mujeres gestantes:

Al finalizar el año 2015, se concluyó con la implementación de la intervención en 202 distritos del Quintil 1 (38.5% del total de distritos del Q1 del ámbito del Programa) con acompañamiento del nivel regional y nacional. Se capacitó a 457 trabajadores de salud del primer nivel de atención para la implementación de la EPPE.

Adicionalmente, en el marco de esta estrategia se capacitó a 380 líderes comunales, 412 autoridades locales, 720 personal de salud y 720 agentes comunitarios. Asimismo, se realizaron campañas comunicacionales para información y educación en prácticas saludables, a través de medios de comunicación como radio y televisoras regionales y locales. En este sentido las regiones disponen de material comunicacional adecuado a la realidad local en idioma castellano, quechua, aymara y awajun.

En cuanto al **desarrollo de las competencias de los recursos humanos para la atención en salud**: El Programa hasta junio del 2015 ejecutó procesos de capacitación con una lógica articuladora de carácter transversal en la modalidad de pasantías, con cuyos resultados se ha contribuido con: i) la mejora del desempeño del sistema con la implementación de mejoras de la calidad técnica de la atención en establecimientos de salud que realizan funciones obstétricas y neonatales intensivas esenciales y básicas (EMON); y, ii) promover la oferta de atención del parto bajo la modalidad de Parto Vertical (PV):

Fortalecimiento de capacidades del personal de salud (en total 674) en las funciones obstétricas y neonatales: i) 382 pasantes en diagnóstico, estabilización y referencia de las emergencias obstétricas y neonatales – FONB, ii) 256 pasantes en atención de emergencias obstétricas y neonatales esenciales – FONE y iii) 36 pasantes en cuidados intensivos – FONI.

Las regiones ámbito del Programa cuentan con 282 profesionales de la salud competentes para la atención del Parto en posición vertical, respetando la cosmovisión de la población sobre su autocuidado y del recién nacido, de esta manera se ha contribuido con el incremento del parto institucional en todas las regiones ámbito.

Complementariamente, se ha realizado la capacitación en idioma Quechua, que tiene como finalidad desarrollar capacidades en el personal de salud para la comunicación intercultural con la población quechua hablante (Chanka y Ccollao), Se ha cumplido la meta de 440 capacitados de las regiones de Ayacucho, Apurímac, Cusco, Huancavelica y Puno.

Asimismo, se realizó el desarrollo de competencias en gobierno y gerencia en salud: El Programa ha financiado el fortalecimiento de las competencias en gestión y manejo de



información del recurso humano de las Direcciones Regionales y cabeceras de Red, con la finalidad de que cumplan con las funciones de gobierno sectorial y de administración de sus diversas instancias orgánicas y funcionales:

266 profesionales capacitados en gestión y manejo de información, de los cuales 193 obtuvieron el Diplomado de Gestión de la Información para las Intervenciones Sanitarias (DGIS) y 73 obtuvieron certificaciones por módulos. Al finalizar el Programa adicionalmente se ha realizado la virtualización del DGIS a fin de expandir la capacitación a zonas más lejanas en las regiones.

678 profesionales capacitados en el Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud (PREG).

En cuanto al cierre de la brecha de atención especializada para zonas alejadas, el Programa ha contribuido implementando la estrategia de Telesalud: Teleconsultas y telecapacitación, que complementa y potencia las intervenciones preventivo-promocionales así como el diagnóstico y tratamiento de la salud materna y neonatal, para ello se ha usado una plataforma tecnológica (equipamiento y aplicativo informático de registro único de teleconsultas), instalada en los centros consultores nacionales (Hospital Nacional Docente San Bartolomé e Instituto Nacional Materno Perinatal), en los centros consultores regionales (Hospitales Regionales) y en los centros consultantes (establecimientos de salud), de esta manera se viene brindando atención de salud en 48 establecimientos de salud de las regiones de Huánuco, Ucayali y Amazonas.

Se cuenta con un PIP menor aprobado para la creación de la Red Regional de Telesalud para la Atención Especializada en Salud Materno Neonatal en la DIRESA Huancavelica, en este marco se han definido a los establecimientos de salud beneficiarios: Hospital Departamental de Huancavelica, Hospital Pampas, Hospital Lircay, Hospital Acobamba, Centro de Salud.

El Programa contribuyó con el fortalecimiento de la gestión regional de salud a través de la asistencia técnica y financiera para la conformación de redes funcionales que respondan a las necesidades sanitarias locales, así como, a mejorar el sistema de referencia y contra referencia, basado en el diagnóstico de la oferta y demanda para brindar una atención de calidad considerando el acceso geográfico y la capacidad resolutoria del establecimiento en las regiones: Ucayali, Puno, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Cusco y Huancavelica.

Como parte de la asistencia técnica a los equipos de salud locales, el Programa con acompañamiento de las DIRESA y Redes de Salud, diseñó e implementó la Estrategia “Estándares de Atención en Salud (ES+)”, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de los procesos de atención de salud materna infantil en establecimientos de salud con funciones obstétricas neonatales básicas, lo que ha permitido generar compromisos orientados a alcanzar: i) disponibilidad adecuada de insumos necesarios para la producción de servicios, ii) Prestación con calidad técnica y iii) satisfacción del usuario.



En ese sentido para el año 2015, se ha incrementado en 19% la mejora de los procesos de atención en salud materna infantil en 128 establecimientos de salud FONB, a través de 793 visitas de Asistencia Técnica del Programa.

En relación a fortalecimiento del ejercicio de la rectoría y financiamiento de los servicios de salud, se ha contribuido con el FISSAL para que cuente con la propuesta del Modelo de Gestión Institucional, con lo cual se orienta al FISSAL para optimizar su organización y adecuarse como órgano desconcentrado y especializado dentro de la estructura orgánica del SIS, considerando la gestión basada en procesos y la gestión del riesgo). Asimismo, se elaboró la propuesta de cobertura del plan de beneficios del FISSAL que consistente en listados priorizados de: i) 19 Enfermedades Raras o Huérfanas, ii) 28 Enfermedades de Alto Costo. Asimismo, 3 propuestas de listados priorizados de Procedimientos de Alto Costo, considerando criterios de costo unitario, costo total y costo por atendido al año.

En cuanto a la regulación y conducción del sistema de recursos humanos, durante el año 2015, se ha brindado asistencia técnica y financiera para el fortalecimiento del sistema en el marco del desarrollo de la carrera sanitaria, en este sentido, se ha contribuido entre otras temas con el documento técnico de Lineamientos de Gestión de Recursos Humanos en instituciones de salud y resultados sobre el estado situacional de la gestión de recursos humanos de las DIRESA/GERESA, con la propuesta de estructura y diseño organizacional de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP. Asimismo, se desarrolló la Línea de base sobre la implementación de la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado y propuesta metodológica para el monitoreo y evaluación.

La Superintendencia Nacional de salud – SUSALUD (Ex SUNASA), es otro de los órganos del nivel nacional con los que el Programa ha contribuido en fortalecer su rol de protección de los derechos de los ciudadanos en materia de salud, en este sentido, se elaboró la propuesta del modelo de supervisión de SUSALUD a las IAFAS e IPRESS, el diseño del modelo de evaluación en gabinete y seguimiento de las supervisiones a IPRESS y Unidades de Gestión, y el diseño e implementación del modelo de acreditación de las IPRESS (el modelo de acreditación contribuirá a que SUSALUD cumpla eficazmente con las nuevas competencias otorgadas en el marco del DL 1158). Asimismo, el Programa ha realizado un conjunto importante de estudios, evaluaciones y sistematizaciones que contribuirán a la implementación de más y mejores estrategias para la mejora de la salud materna infantil, entre ellos:

Evaluación de la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud en el ámbito de intervención del PARSALUD II.

Análisis de los factores asociados con el gasto de bolsillo en salud, en la población pobre, en un marco de aumento progresivo del financiamiento del seguro integral de salud.



Revisión Sistemática sobre la efectividad de intervenciones basadas en la comunidad, en la mejora del crecimiento y desarrollo de la población infantil menor de 5 años de zonas rurales. (en Revista Cadernos de Saude Pública (Brasil)).

Estudio sobre las características del acceso a medicamentos de pacientes afiliados al SIS con diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en oficinas farmacéuticas privadas y farmacias de establecimientos de salud públicos de la Provincia Constitucional del Callao, Cajamarca y Trujillo que le permitirán orientar la formulación de estrategias para asegurar la continuidad del tratamiento farmacológico en el marco de la implementación de farmacias inclusivas.

Resultados del Estudio del potencial impacto económico y sanitario de los cambios en materia de protección de Datos de Prueba para productos biotecnológicos en el Perú, considerando escenarios proyectados de 05, 08 y 12 años. Los resultados del estudio estuvieron al alcance del equipo técnico de DIGEMID que participó en las reuniones de negociaciones que se desarrollaron en el marco del Acuerdo de Asociación Transpacífico – TPP sobre protección de datos de prueba a los productos biológicos.

Propuesta de Norma Técnica de Parto en posición vertical con enfoque intercultural en el marco de los Derechos Humanos”

Propuesta final de Rediseño del Modelo de Atención para Poblaciones Dispersas”, validado por los equipos técnicos regionales de la DIRESA Loreto, San Martín, Cajamarca, La Libertad, Cusco y Puno; y de expertos nacionales del MINSA, PARSALUD II.

Propuesta de la Guía de Práctica Clínica para Emergencias Obstétricas Neonatales.

Cuatro estudios de percepciones de usuarios sobre medicamentos que se entregan y su uso en los establecimientos de salud. Artículos respectivos se encuentran en elaboración:

Percepciones sobre el uso de ácido fólico-sulfato ferroso durante el primer trimestre de gestación y sulfato ferroso en el periodo restante en gestantes.

Percepciones sobre el uso sulfato ferroso en suspensión o chispitas nutricionales en polvo, y antibióticos vía oral y parenteral para el tratamiento de EDA e IRA, de las madres de niños menores de tres años.

Percepciones sobre el uso de sulfato de magnesio para el tratamiento de HIG moderada a severa, en los prescriptores.



Percepciones sobre la dispensación de sulfato ferroso (solo o con ácido fólico) para gestantes, de sulfato ferroso y niños menores de tres años, antibióticos en suspensión para el tratamiento de EDA e IRA y sulfato de magnesio para el tratamiento de HIG en personal que labora en la farmacia de establecimientos FONB y FONE.

Estudio de conocimiento, percepciones y actitudes respecto a la cesárea y transfusión sanguínea en zonas rurales de las regiones ámbito del PARSALUD II.

Evaluación final del PARSALUD II.

Sistematizaciones de estrategias y procesos desarrollados en el marco del Programa:

Sistematización de la experiencia del proceso de gestión del PARSALUD II.

Sistematización de la experiencia de implementación del Programa de capacitación bajo la modalidad de pasantías: Emergencias Obstétricas Neonatales-EMON y Parto Vertical.

Sistematización de la experiencia de Participación Comunitaria y Transparencia: estrategias de Vigilancia Ciudadana y Rendición de Cuentas.

Sistematización de la experiencia de implementación de la Estrategia de Promoción de Prácticas y Entornos Saludables por el PARSALUD II.

Sistematización de la experiencia del proceso de fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud clasificados como FONB y FONE, desarrollado en el marco de las inversiones a cargo del PARSALUD II.

Sistematización de la experiencia en la selección e implementación de las iniciativas del Fondo Concursable.

Sistematización de la experiencia de las estrategias de Diálogos Interculturales y Consulta Previa e Informada.

Sistematización de la experiencia de la estrategia DIA: Derecho, Identidad y Aseguramiento en Salud.

09 publicaciones de artículos científicos en revistas nacionales e internacionales indizadas en Scopus y/o ISI, las mismas que han sido elaboradas a partir del accionar del PARSALUD II, generando así las evidencias del Programa; entre estas podemos mencionar:

Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú (en Rev Peru Med Exp Salud Publica).



Mortalidad neonatal en Huánuco y Ucayali, Perú 2011: análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales” (en Rev Peru Med Exp Salud Publica).

Evaluación cualitativa de la mortalidad neonatal en regiones de Huánuco y Ucayali, Perú” (en Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud Colombia).

Análisis causa-raíz de la mortalidad neonatal hospitalaria en dos departamentos andino-amazónicos del Perú” (en Revista Panamericana de Salud Pública-OPS).

Factores asociados con anemia en niños menores de tres años en el Perú: análisis de ENDES 2007 – 2013” (en Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud Colombia).
Estudio cuali-cuantitativo sobre la atención de salud de niño(a)s menores de 3 años en establecimientos de salud de 9 regiones con pobreza, Perú – 2013 (en Rev Peru Med Exp Salud Pública).

Correlación entre la inversión en establecimientos de salud y los indicadores de proceso de salud de la madre en regiones influenciadas por la segunda fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD II - Artículo enviado a la Revista Cubana de Salud Pública.

Efecto de las intervenciones de la Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II sobre indicadores de proceso de salud materna - Artículo enviado a la Revista Argentina de Salud Pública.

Acreditación de establecimientos de salud en el Perú: percepciones y propuesta de mejora del proceso - Artículo enviado a la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.

Implementación del Repositorio institucional digital y documental, que se encuentra en producción y a disposición de la ciudadanía y tomadores de decisiones, siendo un legado cada una de las evidencias generadas que dan cuenta del accionar del Programa en las regiones de su ámbito. (<http://repositorio.parsalud.gob.pe/dspace/>).

Implementación de la plataforma de capacitación virtual en Moodle, la misma que cuenta con un curso virtual de Investigación Operativa a ser aprovechada en futuras intervenciones; así como otros cursos virtuales de Telesalud.

En el marco del Proyecto “Haciendo la Diferencia: Consolidando una Respuesta Amplia e Integral Contra la Tuberculosis en el Perú” – VIII Ronda Fondo Mundial, en la segunda fase del proyecto que finalizó en noviembre 2015, se apoyó a un total de 2,490 pacientes TBMDR / TBXDR, ofreciéndose un total de 11,769 atenciones en exámenes



auxiliares, y/o interconsultas con especialidades, y/o medicamentos por comorbilidades/RAFAS y/o en apoyos pre quirúrgicos.

Asimismo, se realizó 3 sistematizaciones:

Sistematización de la Experiencia de Implementación del Escalamiento de las Acciones de Prevención de Tuberculosis en Población General y en Poblaciones de Alta Vulnerabilidad y Expuestas a Alto Riesgo de Infección Tuberculosa del Proyecto de la Octava Ronda del Fondo Mundial – Componente TB.

Sistematización de la Experiencia de Universalización del Diagnóstico de TB MDR y TB XDR Mediante la Expansión del Diagnóstico Rápido de TB MDR/Tb XDR en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública del Proyecto de la Octava Ronda del Fondo Mundial – Componente TB.

Sistematización de la Experiencia de “Universalizar el Tratamiento Integral de Calidad a Afectados De TB MDR, TB XDR, Expandiendo el Acceso a Tratamiento en las 25 Regiones del País y Fortaleciendo los Entornos Comunitarios y los Servicios de Salud para la Atención y Tratamiento Integral” del Proyecto de la Octava Ronda del Fondo Mundial – Componente TB.

En el marco del Proyecto: “Construyendo el Capital Social para la Prevención del VIH y el Acceso a la Atención Integral de las Poblaciones Gay/HSB y Trans, sin Transfobia ni Homofobia en el Perú” – X Ronda Fondo Mundial, debido a limitaciones administrativas y legales para que PARSALUD II pueda seguir ejecutando el mencionado programa, se coordinó previa aprobación del MINSA y del Fondo Mundial para rescindir el Acuerdo de Subvención firmado con Fondo Mundial. En ese contexto se estableció que desde enero del 2015 hasta el 31 de agosto del mismo año se lleve a cabo el proceso de cierre anticipado del proyecto. Cabe precisar que hasta el cierre del Proyecto se dio continuidad a dos actividades programáticas que permitieron la sostenibilidad de las Organizaciones de Base Comunitarias (OBC2) y favoreció el desarrollo de las poblaciones trans frente a su vulnerabilidad social (pago de servicios educativos a 06 mujeres trans beneficiarias durante el 2015).

En cuanto a gestión de la Unidad Ejecutora y del Programa de Inversión PARSALUD II, continuando con la política de rendir cuentas de lo actuado ante representantes de instituciones gubernamentales y la colectividad, en junio del 2015 se realizó una “Rendición de Cuentas” ante la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza - espacio nacional representativo en el que participan instituciones del Estado y la

² Las OBC juegan un rol importante en la dinámica de la comunidad GTB/HSB, tal es así que desarrollan acciones como capacitación en Incidencia Política a líderes GTB/HSB y brindan servicios de consejería, entregan condones y realizan actividades de prevención del VIH.



sociedad civil. La reunión generó un espacio propicio en el que los participantes destacaron los aportes significativos del Programa en la reducción de la mortalidad materna y la desnutrición crónica infantil así como en la mejora de la capacidad de oferta de los establecimientos de salud, la promoción de prácticas saludables, el desarrollo de competencias de recursos humanos, implementación de la estrategia de Telesalud y el desarrollo de la vigilancia ciudadana entre otros.

Asimismo, cabe mencionar que en el año 2015 el Programa se presentó en el concurso sobre Buenas Prácticas de Gestión organizado por la Institución Ciudadanos al Día, con el “Sistema de Gestión del PARSALUD para optimizar la Ejecución Presupuestal”, resultando ganador al buscar mejorar o incrementar la eficiencia interna de la institución en beneficio del ciudadano.

Entre otros se obtuvieron los siguientes resultados:

28 estudios con opinión favorable, de los cuales 10 han sido devueltos por el MEF para adecuación a los nuevos CME12, vigentes desde el 15 de julio del presente año.

18 estudios con opinión favorable han sido declarados viables por las diferentes regiones.

60 estudios han sido evaluados.

56 estudios han recibido asistencia técnica para su formulación.

En cumplimiento a lo señalado en el Decreto Legislativo N° 1157 que aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública y de acuerdo a lo señalado en el documento técnico denominado “Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud a nivel Regional V.02”, aprobado con Resolución Ministerial 889-2014/MINSA, se brindó asistencia técnica, a las Direcciones Regionales de Salud, para la aplicación de la metodología que lleva a la Formulación del Plan Regional Multianual de Inversiones en Salud, producto de lo cual se tiene:

06 Planes Regional Multianuales de Inversión aprobados por el Gobierno Regional correspondiente, entre ellos: Ica, Callao, Madre de Dios y Moquegua, Tacna y Tumbes.

07 Planes Regional Multianuales de Inversión en Elaboración: Piura, La Libertad, Lambayeque, San Martín, Ayacucho, Lima-Provincias, Huánuco.

Asistencia técnica en talleres de aplicación de la metodología del PMI (talleres iniciales): Junín, Ancash, Cajamarca, Arequipa, Amazonas, Pasco, Loreto y Lima Metropolitana.

El Plan de Inversiones de la Provincia de Cotabambas (Apurímac) y aprobado con Resolución Directoral de la DIRESA Apurímac.



Con Resolución Ministerial N° 640-2015/MINSA, de fecha 13.10.2015, se aprobó el Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud (CMIS), al Oficina de Proyectos de Inversión es Secretaría Técnica de esta Comisión Multisectorial.

El 21 de octubre en coordinación con la Oficina de Descentralización se llevó a cabo el I Encuentro Nacional de los Comités Regionales Intergubernamentales en Salud evento que congregó a los integrantes del Comité Regional Intergubernamental de Inversiones en Salud - CRIIS de cada una de las 25 regiones del país, en la ciudad de Lima. Los objetivos fueron a) repasar la agenda de inversiones de establecimientos estratégicos de salud del 2015 y 2016 priorizada por el CRIIS, b) evaluar y ajustar las responsabilidades del ministerio de salud, los gobiernos regionales y locales para la implementación de la agenda de inversiones priorizada y c) reconocer las mejores experiencias de concertación de las inversiones en salud realizadas por el CRIIS.

Se implementaron (25) Comités Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS), como el mecanismo de concertación entre el GORE y los GL; con participación del MINSA.

Durante el año 2015 se evaluaron y aprobó la cartera de servicio de los siguientes establecimientos de salud:

Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - Madre de Dios: En coordinación con el GORE Madre de Dios, MINSA aprobó la cartera de servicios el 11.09.2015 Será un hospital II-2, con cinco salas de operaciones, 135 camas de hospitalización, con 27 camas de UCI y 21 de emergencia.

Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca – Puno: En coordinación con el GORE Puno, MINSA aprobó la cartera de servicios el 20.04.2015 Será un hospital II-2, con seis salas de operaciones, 141 camas de hospitalización, con 24 camas de UCI, 8 de Neonatología y 25 de emergencia.

El Plan Maestro de Inversiones constituye un instrumento de gestión que pretende orientar el desarrollo y reordenamiento de los servicios institucionales de un hospital, el mismo ha desarrollado en los siguientes establecimientos que han sido evaluados el año 2015:

Conformidad técnica al Plan Maestro de Inversiones del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra.

Hospital Hermilio Valdizán: con observaciones de la cartera de servicios.

Con relación a las Asociaciones Público Privadas y Obras por Impuesto, se han efectuado los siguientes avances:

Emitir la Resolución de Priorización para la ejecución de los PIP de hospital de Huari y Llata, bajo el mecanismo de Obras por Impuesto.

Emitir la Resolución Ministerial de Conformación del Comité Especial para iniciar el proceso de ejecución bajo el mecanismo de Obras por Impuesto, de los PIP Hospital de Huari y Hospital de Llata.

Coparticipar en el proceso de formulación de los PIP de los Hospitales de Cayetano Heredia, Hipólito Unanue, Sergio Bernales, Huaycan y Dos de Mayo.

Coparticipar conjuntamente con el BID y el MEF en la conclusión de los estudios transversales en los capítulos relacionados con el balance oferta-demanda, gestión, recursos humanos, indicadores y estudios de transición.

La actual gestión ha dado un gran impulso al uso de las Tecnologías de la información y Comunicación como una estrategia para lograr la Inclusión Social en los lugares más alejados del país a través de los diferentes sistemas de información integrados.

En ese marco, se han alineado una serie de estrategias para el desarrollo de tecnologías e infraestructura al servicio de la salud, las cuales están enfocadas principalmente en los logros que se detallarán por las áreas que conforman esta oficina.

Otros logros

Oficialización del Reglamento de la Ley 3024 que crea el Registro Nacional de Historias Clínica Electrónicas con DS N° 039-2015-SA, el 17 de diciembre del 2015.

Creación del Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS, con R.M. N° 350-2015/MINSA, el cual permitirá generar información de calidad, oportuna y completa a través del intercambio de datos de salud, y que permitirá definir políticas públicas de salud, así como servir de consulta para otras entidades del sector público que realicen políticas públicas en el marco de sus competencia.

Aprobación mediante Resolución Ministerial 780-2015/MINSA del 30 de noviembre del 2015 el Documento Técnico denominado Plan de Implementación del Sistema Informático HIS MINSA para el registro de atenciones en la red de establecimientos de salud a nivel nacional, así como la hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA.

Luego del trámite correspondiente se logró contar con la patente del aplicativo HIS MINSA.

Cabe señalar que para fines de diciembre, 906 establecimientos de salud venían ingresando información al HIS MINSA como se muestra en la siguiente tabla:



Tabla N° 08
Número de DIRESAS que ingresan información al HISMINSA

DIRESAS	EESS
AMAZONAS	41
ANCASH	13
APURIMAC	335
AYACUCHO	9
CAJAMARCA	61
CUSCO	3
HUANCAVELICA	93
HUANUCO	138
JUNIN	1
LA LIBERTAD	26
LAMBAYEQUE	10
LORETO	49
MADRE DE DIOS	17
PIURA	12
PUNO	90
UCAYALI	8
TOTAL	906

FF.: OGEI

Ante la gestión de la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI, el 21 de marzo del 2015 es publicada la R.M. N° 182-2015/MINSA, que crea la Comisión Sectorial de Naturaleza Temporal encargada de brindar apoyo y asistencia técnica dirigida a impulsar e implementar los procesos requeridos para la implementación de los Identificadores Estándar de Datos en Salud, aprobados mediante Decreto Supremo N° 024-2005-SA.

Se logró sensibilizar la necesidad de implementación de la Historia Clínica Electrónica en el País y la adopción de estándares internacionales para la interoperabilidad. A través de la:

“Jornada Internacional Historia Clínica Electrónica e Interoperabilidad en el Sector Salud”, realizada en febrero del 2015, que permitió la identificación de los lineamientos para la implementación de la Historia Clínica Electrónica en Corea, New York, Cataluña y Uruguay

“Jornada Internacional de Integración de Sistemas e Historia Clínica Electrónica”, realizada el 14 y 15 de octubre 2015 y organizada por El Ministerio de Salud a través de la OGEI y la Universidad Peruana Cayetano Heredia y que contó con la presentación de expositores internacionales de gran trayectoria en la implementación de estándares de HCE de Uruguay, Colombia y España.

Elaboración de la Hoja de ruta de la implementación del Registro Nacional de Historias Clínica Electrónicas RENHICE, en colaboración con el Programa de Voluntariado



Corporativo “Corporate Service Corp 4” de IBM llevado a cabo en Lima, en la Oficina de Desarrollo Tecnológico en el MINSA, desde el 10 de agosto al 4 de setiembre del 2015. La Oficina General de Estadística e Informática – OGEI ha participado en la elaboración del Proyecto de Ley Marco de Telesalud, que fue aprobada el 10 de setiembre de 2015, por el Congreso de la República del Perú.

Desarrollo del Aplicativo del registro de Atenciones de Telemedicina, el cual fue gestionado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI, en febrero de 2015, y financiado por PARSALUD II, el cual permitirá registrar las atenciones realizadas mediante Teleconsultas en los establecimientos de salud que integran una Red de Telesalud. Adicionalmente, se podrá imprimir en los formatos correspondientes para adjuntar a la historia clínica de cada paciente.

Registro del sustento de variación en la fase de inversión formato 15 del PIP 174933 “Mejora de las condiciones para la calidad de atención en los nuevos establecimientos hospitalarios del MINSA basada en la tecnología de la información” en el Banco de Proyectos.

Implementación del aplicativo móvil M-Salud, el cual será el gestor de los aplicativos móviles del sector Salud.

Inscripción de 20 bancos de datos personales ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales – Ministerio de Justicia.

Aprobación mediante RM N° 431-2015-MINSA del Documento Técnico "Política de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud - MINSA".

Se realizó la desconcentración del sistema de planilla de haberes en los hospitales recientemente aperturados tales como: Hospital Pampas – Tayacaja (Huancavelica), Hospital de San Martín de Pangoa (Junín) y Hospital de Quillabamba (Cusco), Red de Salud Pichanaki (Junín), Red Julcan – Otuzco (La Libertad), Red de Salud Virú (La Libertad), Red de Salud Gran Chimú (La Libertad), Red de Salud Ascope (La Libertad), Hospital Sicuani (Cusco) y Red de Salud Lampa (Puno)

Implementación de trámite documentario en la Red de Salud - San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo, Red de Salud – Lima norte – VI Túpac Amaru, Red de salud - Lima Ciudad, DIRESA Apurímac, DIRESA Tumbes, Hospital Regional de Tumbes – JAMO II.

Implementación del HISMINSA, que permite monitorear al paciente desde su ingreso hasta su egreso de cada establecimiento de salud. Por estar en línea, permite visualizar la historia clínica del paciente desde cualquier punto del país, ayudando de esta manera a generar diagnósticos precisos y prescripciones adecuadas, se encuentra implementado en: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Ucayali, Puno, Huánuco, Huancavelica, Lambayeque, La Libertad, Madre de Dios, Loreto.



Integración del HIS MINSAs con el HIS CLIPPER y sus herramientas con la finalidad de exportar e importar información para mejorar los procesos de consolidación por parte del personal de los Establecimientos de Salud y DISASA/DIRESAS.

Implementación del Sistema de Seguimiento de Proyectos de Inversión Pública en salud – PIPMINSAs, este aplicativo permite registrar los proyectos de inversión pública y asegurar su seguimiento, actualmente viene siendo usado por OPI – MINSAs y PARSALUD y se proyecta su utilización a nivel nacional. Se tiene registrados 42 proyectos.

Implementación del Aplicativo Registro de Discapacidad, que permite el registro de los certificados de discapacidad a nivel nacional, permitiendo llevar un control de las diferentes discapacidades por paciente.

Implementación del Aplicativo de Registro de Promotores, que permite el registro de información preliminar niños y niñas, datos de la madres y ubicación para las campañas de vacunación venideras.

Implementación de Registro de INFOSALUD, sistema que permite el registro de las atenciones de las llamadas realizadas por el personal de INFOSALUD, la plataforma ha sido desarrollada con la finalidad de reemplazar el anterior aplicativo el cual no contaba con las fuentes del aplicativo y estaba desarrollado en una plataforma Cliente servidor.

Integración del Sistema de Trámite Documentario Web (STDW) con el Sistema de Acceso a la Información Pública (SAIP), con la finalidad de mejorar el seguimiento y control de las solicitudes presentadas por los ciudadanos al MINSAs.

Desarrollo de Cubos para la presentación de información dinámica a través de herramientas Dashboard que permita mejorar la toma de decisiones de alta dirección, estos cubos forman parte del REUNIS.

Adquisición de Soluciones Blade para la Sede Central, Dependencias y Continuidad Operativa del Ministerio de Salud que permitirá mejorar el procesamiento de la información de la Sede Central y Dependencia del MINSAs (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, Dirección General de Salud Ambiental - DIGESA, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento – DGIEM, Dirección General de Epidemiología – DGE y Oficina General de Defensa Nacional – OGDN), garantizado la continuidad de los servicios, mejorando la disponibilidad de la información y optimizando los tiempos de respuesta de atención a los usuarios.

Interconexión con las 7 dependencias externas (DIGESA, DIGEMID, DGIEM, DGE, OGDN, Almacén Central, Sede Arenales) para el consumo de servicios que brinda la OGEI, tales como: Aplicaciones Web, Portal y Correo Institucional, SIGA, Control de Asistencia, comunicación de voz (anexos extendidos) que permite usar las



herramientas de la Red Privada Virtual, sin necesidad de usar el Internet así como una reducción de los costos de llamada a las entre la sedes mencionadas.

Implementación del Servicio de Cloud Computing los cuales permitirán contar con la infraestructura en la nube que será utilizada para el aprovisionamiento de los servicios que actualmente son solicitados por las Oficinas y Direcciones generales de la Sede Central y Sedes externas del Ministerio de Salud. Actualmente se brindando servicios a nivel nacional tales como HISMINSA, REFCON, etc.

Implementación de Servicio de Análisis de Vulnerabilidades - Ethical Hacking que pretende mejorar la seguridad de los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud a la red Internet, con objeto de asegurar la disponibilidad de dichos servicios para los ciudadanos y mitigar los riesgos que puedan afectar a la seguridad de la información contenida en los sistemas del Ministerio.

Adquisición, de 03 servidores SIGES sobre el cual actualmente se migraron Bases de Datos. Se implementaron nuevos servicios tales como Servidor de Aplicativos Web (appsalud), (websalud) y (prosalud).

Renovación de 07 Gabinetes para servidores, sobre los cuales se encuentran actualmente más del 60% de los servidores con los que se cuenta en la Sede Central del MINSa.

Adquisición y renovación de equipos de cómputo (PC, ESCANER, IMPRESORA y COMPUTADORAS PORTATILES) a nivel de la Sede Central, DIGEMID, DIGESA, OGDN, PPS, DGIEM Y DGE.

EQUIPO	CANTIDAD
PC	859
ESCANER	52
IMPRESORA	296
LAPTOP	111
PROYECTOR	24
TABLET	40

Adquisición, de 03 servidores SIGES sobre el cual actualmente se migraron Bases de Datos. Se implementaron nuevos servicios tales como Servidor de Aplicativos Web (appsalud), (websalud) y (prosalud).

Renovación de 07 Gabinetes para servidores, sobre los cuales se encuentran actualmente más del 60% de los servidores con los que se cuenta en la Sede Central del MINSa.



Ampliación del servicio de soporte técnico 24x7x365 a todos los usuarios de la Sede Av. Arequipa, Sede Almacén y Sede Av. Arenales.

Migración de los controladores del dominio minsa.gob.pe de Windows server 2008 R2 a Windows server 2012 R2, lo que permite mejorar la implementación de políticas de seguridad a nivel granular.

- Implementación de servicios nuevos:
- Servidor de aplicativos (ATIK)
- Servidor de aplicativos (COTAY)
- Servidor de BD (PUCAMARCA)
- Servicio de FTP (MANCOPATA)
- Servidor de virtualización con 3 host virtuales (CHINCHEROS).
- Servidor de virtualización con 2 host virtuales (URUBAMBA).
- Servidor de BD SQL Server 2012 R2 (PUCAMARCA).
- System Center Service Manager 2012 R2 (MAUKA – TUCUME – YANA – WALLPA – TANTA).
- System Center Operation Manager 2012 R2 – SCOM (UQUIRA – UNGARA – VIRU).
- Servicio Distribution Point que se integra con el SCCM (PARIACHI – HUALLAMARCA)
- Sede Av. Arequipa y Sede Almacén.
- Servicio MQ entre MINSAs y RENIEC.

Capacitación al personal nombrado y contratado de la OGEI en temas correspondientes a su área de trabajo.

Adquisición de la Plataforma de Radio comunicaciones, Gestión y Despacho que permita integrar las redes del MINSAs actuales HF (que opera a Nivel Nacional) y VHF (que opera en Lima Metropolitana y el Callao), con la infraestructura de radio digital troncalizada del Estado en tecnología Terrestrial Trunking Radio (TETRA) perteneciente al Ministerio del Interior (Policía Nacional del Perú) en Lima Metropolitana y Callao, para casos de emergencias y desastres.

Ampliación de cuatro (04) estaciones de radio, para la red de radiocomunicaciones en Lambayeque en el marco del Plan de Acción para Emergencia Sanitaria por el Fenómeno del Niño”.

Renovación del equipamiento portátil de equipos de radiocomunicaciones para casos de emergencias y desastres en el marco del Plan de Acción para Emergencia Sanitaria por el Fenómeno del Niño”.

Actualización de manuales de registro de Consulta Externa HIS. Durante el periodo se han realizado ajustes a los manuales de registro de consulta externa para su ingreso correcto al aplicativo informático del sistema HIS Versión 3.05. Estos manuales fueron

realizados con la participación de las direcciones generales de salud de las personas, promoción de la salud, y otras dependencias del Ministerio de Salud.

Generador de Reportes HIS. Se ha logrado actualizar y compartir la sintaxis de los reportes con las oficinas de estadística de las regiones de salud de manera que utilicen la información para la toma de decisiones.

El generador de reportes es de vital importancia, especialmente para los establecimientos de salud, porque gracias a ello es posible realizar la explotación de los datos de consulta externa según los formularios predefinidos por los usuarios de la información.

Como características del generador de reportes se puede citar que hay control de calidad concurrente de los datos antes generar el reporte, asimismo, se ha optimizado al máximo el tiempo de procesamiento de la información. Otra ventaja adicional es que los reportes pueden personalizarse los rangos de edad.



Reportes técnicos y uso de la información estadística. Durante el año 2015 se ha fortalecido y logrado optimizar el uso del registro de datos de consulta externa del HIS a través de indicadores de monitoreo. Es así que a diciembre del año 2015 tenemos que la cobertura de información de los establecimientos de salud es de 98%, la oportunidad de remisión de información mensual es del 100% y la calidad de la información es de 76%. De igual manera se está implementando sistemas de seguimiento y monitoreo de los otros subsistemas que permitan generar información con oportunidad y se transfiera información a las estrategias sanitarias y etapas de vida.

También durante el año 2015 se ha realizado 12 boletines estadísticos de retroalimentación a las oficinas de estadística de las DIRESAS/GERESAS para que inicien procesos de mejora continua en el registro estadísticos de sus redes y microrredes.

Finalmente a solicitud de la alta dirección el último trimestre de 2015 se realizaron reportes técnicos especializados con análisis estadístico de la información de temas importantes para la gestión de la DGSP:

Aplicación de Cubos MINSA. La información rutinaria utilizada mensualmente por las estrategias sanitarias, etapas de vida y direcciones generales fueron colocadas en el cubo de información intranet del MINSA. Utilizando el software Cognos de IBM se creó una aplicación web que sirve para mostrar información en formato amigable tipo tabla dinámica de Excel. El aplicativo se actualiza mensualmente.

Indicadores de acuerdos de Gestión Hospitalaria. Se ha logrado la recolección, procesamiento y sistematización de indicadores de acuerdos de gestión que corresponden a la OGEI. Estos fueron remitidos a la Dirección general de Salud de las Personas para su evaluación.

Registro en Línea del Nacido Vivo. Mediante el esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil se ha desarrollado un sistema web que permite a los establecimientos de salud que atienden partos, registrar al recién nacido en la misma sala de partos, generando así el certificado de nacido vivo. Con este sistema se reduce el margen de error de los datos y se evita la posibilidad de falsificaciones.

Desde febrero del 2013, el sistema de CNV en línea lo asume la Oficina de Estadística, realizando el seguimiento y monitoreo del uso por cada EESS.

Al 2015 el sistema viene funcionando en 754 establecimientos de salud, se ha registrado a 1, 000,563 nacidos vivos y su cobertura es de 12.5% el año 2012 a 70.1% el 2015.



Plan de Incentivos para la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (Padrón Nominal) Las Municipalidades deben de cumplir con las metas y procedimientos para acceder a los recursos del Plan de Incentivos, las cuales fueron establecidas mediante Decreto Supremo 002-2013-EF. Para el cumplimiento de metas del Plan de Incentivos, el Ministerio de Economía y Finanzas ha establecido el Padrón Nominal Distrital de Niñas y Niños menores de 6 años Homologado y Actualizado; donde la OGEI viene brindando el soporte técnico necesario a las municipalidades que les corresponde cumplir la mencionada meta. En este segundo año se han fortalecido las acciones para el análisis local en los gobiernos regionales.

Es importante mencionar que de 2, 664,155 niños registrados el año 2015 en el padrón nominal a Diciembre del 2015 se han registrado 3, 444,516 niños, alcanzando una cobertura de 88.4% con referencia a lo programado por el INEI.

Con el padrón nominal se ha logrado mejorar la cobertura del registro de DNI de niños menores de 6 años útil para el ingreso al SIS y programa sociales. El año 2013 se tenía que 16% de niños no tenían DNI a diciembre del 15 este se redujo al 1.9%



Publicación de Estadísticas en el Portal Institucional. Haciendo uso del vertiginoso avance tecnológico y en estricto cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la oficina de estadística ha incorporado nuevos sitios con información estadística de salud en el portal institucional.

Elaboración de Documentos Estadísticos. Se constituyó en una de las actividades de mayor dinamismo en el 2015, al presentar información actualizada y en oportunidad, en apoyo a la toma de decisiones, en los diferentes niveles.

- Las publicaciones estadísticas elaboradas durante el 2015 fueron:
- Compendio de Estadísticas vitales 2013
- Boletín: Impacto del Cambio climático en el agua y la salud. Perú: 2013-2015
- Boletín: Accidentes de tránsito. Perú: 2013-2015
- Boletín: La Neumonía en el Perú: 2013-2015 I
- Boletín: Morbilidad por Bajas temperaturas y factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad climática. Perú: 2015
- Boletín: Enfermedades no transmisibles. Perú 2013-2015
- Boletín : Violencia contra la mujer: Perú: 2015
- Boletín de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus: 2013-2015
- Boletín Morbilidad por Causa Violenta: Accidentes, agresiones y lesiones auto infringidas. Perú: 2015-2015.
- Compendio de Egresos Hospitalarios 2015

Asimismo, desde el mes de mayo se elaboró, con una periodicidad mensual, un Boletín Informativo que contiene estadísticas de atención a la demanda, morbilidad, actividades preventivas de salud, Padrón Nominal, así como, acceso a servicios de salud de la población de Comunidades Indígenas Amazónicas y morbilidad por

violencia, habiéndose realizado a la fecha 06 boletines que comprende los meses de junio a noviembre 2015.



De igual manera se produjeron 08 Informes Ejecutivos Regionales, boletines que presentan información estadística regional actualizada.

Se han desarrollado los siguientes informes:

- Informe Ejecutivo Región Cusco
- Informe Ejecutivo Región Apurímac
- Informe Ejecutivo Región La Libertad
- Informe Ejecutivo Región Piura
- Informe Ejecutivo Región Puno
- Informe Ejecutivo Región Huánuco
- Informe Ejecutivo Región Huancavelica
- Informe Ejecutivo Región Ayacucho



Elaboración de Estudios: Durante el presente año se programaron y ejecutaron estimaciones de población, a cargo de profesionales especializados, información de utilidad para los establecimientos de salud en la planificación de sus actividades. Se elaboraron las siguientes estimaciones:

Estimaciones de población a nivel de distrito por sexo y edades especiales. Años 2016-2017

Estimaciones de población por departamento y edades quinquenales. Años 2017-2018

Difusión y Acceso a la Información y Conocimiento Científico-Técnica: Como parte de la difusión y acceso a la información y conocimiento científico se han realizado, entre otras, las siguientes actividades:

Se atendió y reportó la demanda de 2 340 usuarios, 2 445 238 visitantes a la BVS, 3 236 943 documentos digitales consultados, 26 063 561 accesos exitosos a la BVS.

Se actualizó la plataforma BVS con herramientas de acceso abierto para el intercambio y transferencia de información digital.

Se implementó el Repositorio Institucional Digital con información científico-técnica MINSA (Dspace) y de datos estadísticos Minsa, en cumplimiento de la Ley N° 30035 y reglamento respectivo.

Se gestionó y se puso al acceso las bases de datos científicas en salud: Science Direct, Scopus, Best Practice, Index Merck, Hinari, ClinicalKey.

Se elaboró y difundió alertas bibliográficas digitales mensuales, y comunicados de invitación de acceso a bases de datos científicas en salud.

Se presidió el Comité Técnico Nacional de la BVS Perú, realizó actividades y gestionó la difusión de la BVS Minsa en el índice regional de Bireme.

Organización de eventos: En el presente año se realizaron diversos eventos, destacando:

La Organización y ejecución del Segundo concurso Buenas Practicas Estadísticas en Salud.

La coordinación del evento “Biblioteca Médica Online: Clinical Key”, Paraninfo Minsa, 23 de abril, 2015.

Participación en la elaboración de Normas: Se participó en la producción de diversas normas, tales como:

La elaboración de la Directiva de Defunciones, la que se encuentra pendiente de ejecución de la prueba piloto, para su aprobación.

Se presentó, para viabilidad jurídica, el proyecto de directiva administrativa en edición de publicaciones.

Capacitaciones y Asistencia Técnica Las capacitaciones y asistencia técnica a los profesionales estadísticos del Sistema Estadístico del MINSA, constituye una de las principales actividades de esta oficina, y cuyo objetivo se orienta al desarrollo de generación de habilidades en el correcto registro de la atención en la consulta externa en el módulo HIS, generación de habilidades en el correcto manejo del Clasificador Internacional de Enfermedades CIE 10; así como al desarrollo de sus capacidades en el análisis e interpretación de información estadística orientada a la elaboración de informes e investigaciones estadísticas. Sin embargo este año fueron mínimas debido a problemas presupuestales.

VII. ANALISIS DE LA EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS, GASTOS E INVERSION-2015

Con Resolución Ministerial N°1000-2014/MINSA del 26 diciembre del 2014 se aprobó el Presupuesto Institucional de Apertura de Ingresos y Egresos del Pliego 011 Ministerio de Salud correspondiente al Ejercicio Fiscal 2015.

El Pliego 011 Ministerio de Salud, en la Apertura Presupuestal del Año 2015 estuvo conformado por cuatro (04) Unidades Ejecutoras: 001 Administración Central, 022 Dirección de Salud II Lima Sur, 123 Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSALUD y 124 Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud – DARES.

Presupuesto Institucional de Apertura – PIA 2015

El Presupuesto Institucional de Apertura del Pliego 011 Ministerio de Salud ascendió a S/.3,751,040,994.00 por Toda Fuente de Financiamiento, Categoría y Genérica del Gasto, distribuido como se muestra en el Cuadro N°1, así podemos observar que el 55% estuvo asignado para Gasto Corriente y 45% para Gasto de Capital.

Cuadro N°1

**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Grupo Genérico del Gasto	Fuentes de Financiamiento				TOTAL	Estruc-tura
	RO	RDR	ROOC	Determinado		
Gasto Corriente	2 009 894 759	47 394 382			2 057 289 141	55%
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	999 759 044	200 000			999 959 044	
2.2 Pensiones y Otras Prestac.Sociales	35 310 872	850 000			36 160 872	
2.3 Bienes y Servicios	963 599 843	44 051 544			1 007 651 387	
2.5 Otros Gastos Corrientes	11 225 000	2 292 838			13 517 838	
Gasto de Capital	1 163 179 766	1 916 019	28 656 068	500 000 000	1 693 751 853	45%
2.4 Donaciones y Transferencias	312 913 996				312 913 996	
2.6 Adquisic. de Activos No Financieros	850 265 770	1 916 019	28 656 068	500 000 000	1 380 837 857	
TOTAL	3 173 074 525	49 310 401	28 656 068	500 000 000	3 751 040 994	100%
Distribución %	85%	1%	1%	13%	100%	

Fuente RM N°1000-2014/MINSA
Elaboración: OPF/OGPP-MINSA



Según fuente de financiamiento los Recursos Ordinarios representaron el 85% del total asignado con un monto de S/. 3,173,074,525,00, de los cuales el 63% se asignaron a Gasto Corriente y 37% para Gasto de Capital.

Los Recursos Directamente Recaudados representaron el 1% del total asignado con un monto ascendente a S/.49 310 401,00, de los cuales 96% fue asignado a Gasto Corriente y el 4% para Gasto de Capital.

Los Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito representaron el 1% del total asignado, con un monto de S/.28 656 068,00, asignados a Gastos de Capital.

Asimismo, los Recursos Determinados representaron el 13% del total asignado con un monto ascendente a S/.500 000 000,00 para Gasto de Capital.

Con relación al presupuesto de apertura para el 2015 en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, este fue inferior en un 24% respecto al PIA del 2014, sustentado principalmente por las Unidades Ejecutoras del Pliego MINSa que pasaron a conformar el Pliego Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS a partir del Año Fiscal 2015.

**PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA (2014 – 2015)
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Fuente de Financiamiento 1: RECURSOS ORDINARIOS

Genérica del Gasto	2014 (1)	2015 (2)	Variación 2015/2014	
			Absoluta (3)=(2)-(1)	Relativa (3/1)
21 Personal y Obligaciones Sociales	1 967 689 000	999 759 044	-967 929 956	-49%
22 Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	175 000 000	35 310 872	-139 689 128	-80%
23 Bienes y Servicios	1 048 707 000	963 599 843	-85 107 157	-8%
24 Donaciones y Transferencias		312 913 996	312 913 996	0
25 Otros Gastos	11 307 000	11 225 000	-82 000	-1%
26 Adquisición de Activos No Financieros	993 911 712	850 265 770	-143 645 942	-14%
TOTAL	4 196 614 712	3 173 074 525	-1 023 540 187	-24%

Presupuesto Institucional Modificado 2015

Al Cierre del Año Fiscal 2015 el Pliego 011 Ministerio de Salud alcanzó un Presupuesto Institucional Modificado – PIM de S/.1 964 280 713,00, por toda fuente de financiamiento, categoría de gasto y genérica de gasto, distribuido como se muestra en el Cuadro N°2.

El Presupuesto Institucional Modificado, según fuente de financiamiento está conformado en un 80% por gasto corriente (S/.1 581 948 007,00) y 20% por gasto de capital (S/.382 332 706,00). En relación al total PIM el 93.43% es por Recursos Ordinarios, el 4.53 % por Recursos Directamente Recaudados, 1.58% por la fuente de financiamiento Recursos Oficiales por Operaciones de Crédito, 0.45% por Donaciones y Transferencias; y 0.01% por la fuente Recursos Determinados.



Cuadro N°2
PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)

Grupo Genérico del Gasto	Fuentes de Financiamiento					TOTAL	Distribuc. %
	RO	RDR	ROOC	D y T	Determinado		
Gasto Corriente	1 492 763 071	83 023 268		6 161 668		1 581 948 007	80%
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	581 534 478	200 000				581 734 478	
2.2 Pensiones y Otras Prestac.Soc.	49 469 057	850 000				50 319 057	
2.3 Bienes y Servicios	759 222 799	76 965 348		6 161 668		842 349 815	
2.4 Donaciones y Transferencias	24 833 447	3 000 000				27 833 447	
2.5 Otros Gastos	77 703 290	2 007 920				79 711 210	
Gasto de Capital	342 463 211	5 896 958	31 005 460	2 731 509	235,568	382 332 706	20%
2.4 Donaciones y Transferencias	2 479 849					2 479 849	
2.6 Adquisición de Activos No Financieros	339 983 362	5 896 958	31 005 460	2 731 509	235,568	379 852 857	
TOTAL	1 835 226 282	88 920 226	31 005 460	8 893 177	235 568	1 964 280 713	100%
Distribución %	93.43%	4.53%	1.58%	0.45%	0.01%	100%	

Fuente: Conciliación del Marco Legal y Ejecución del Presupuesto Ejercicio 2015
Elaboración: OPF/OGPP-MINSA

Las variaciones absolutas y porcentuales entre el Presupuesto Institucional de Apertura y el Presupuesto Institucional Modificado (PIA vs PIM) al Cierre del Año Fiscal las podemos observar en el Cuadro N°03, donde se puede mencionar que la variación en la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios se debe principalmente; a las transferencias de partidas efectuadas a favor de otros pliegos presupuestarios del Gobierno Nacional, Gobierno Local y Gobierno Regional, destinadas para el financiamiento y Continuidad de las Acciones de implementación del Decreto Legislativo N°1153, financiamiento para la reposición de equipo biomédico, reducción de la desnutrición crónica, proyectos de inversión pública, proyectos de inversión sanitaria, Comité Multisectorial encargado del Estudio Nacional del Fenómeno El Niño.

Cuadro N°3
VARIACIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)

Fuente de Financiamiento	PIA (1)	PIM (2)	Modificación 3=(2-1)	Variación % 4=(3/1)
1: Recursos Ordinarios	3 173 074 525	1 835 226 282	-1 337 848 243	-42%
2: Recursos Directamente Recaudados	49 310 401	88 920 226	39 609 825	80%
3: Recursos por Operac.Oficiales de Crédito	28 656 068	31 005 460	2 349 392	8%
4: Donaciones y Transferencias		8 893 177	8 893 177	
5: Recursos Determinados	500 000 000	235 568	-499 764 432	-100.0%
TOTAL	3 751 040 994	1 964 280 713	-1 786 760 281	-48%

Fuente: SIAF-Módulo de Proceso Presupuestario 2015
Elaboración: OPF/OGPP-MINSA

En relación a la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados, durante el ejercicio presupuestario se incorporó por concepto de Saldo de Balance la suma de S/.35 111 825.00 equivalentes al 39% respecto a su PIM.



Se efectuó transferencia de partidas por la fuente de financiamiento Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito a favor del Gobierno Regional del Calló, Gobierno Regional de Tacna y de la Municipalidad de Chongoyape, para el financiamiento de tres proyectos de inversión pública de infraestructura sanitaria en el marco del artículo 11 de la Ley 30281. Asimismo al Gob. Regional de Pasco, Municipalidad de Carabaya y Huancavelica, para financiar la ejecución de tres proyectos de inversión pública.

En la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencia, el presupuesto autorizado comprende principalmente la incorporación del Saldo de Balance de ejercicios anteriores hasta por el monto de S/.7 857 643,00; equivalentes al 88% respecto a su PIM.

Sobre la fuente de financiamiento Recursos Determinados, mediante Decretos Supremos N°s: 115 y 281-2015-EF, se autorizaron transferencia de partidas para el financiamiento de proyectos de inversión pública de infraestructura sanitaria, así como para financiar la ejecución de actividades y proyectos de reducción de riesgos, preparación y respuesta en las zonas declaradas en estado de emergencia ante el período de lluvias 2015-2016 y la ocurrencia del Fenómeno El Niño.

Modificaciones Presupuestarias en el Nivel Institucional

Las Modificaciones Presupuestarias a Nivel Institucional realizadas durante el año fiscal 2015, se sustentan en lo siguiente:

Créditos Suplementarios:

Decreto Supremo N°023-2015-EF

Incorporación de recursos para la ejecución de los proyectos de inversión pública, acciones de mantenimiento y actividades vinculadas a la prevención, mitigación y adecuada preparación para la respuesta ante situaciones de desastre, en el marco de la Septuagésima Segunda y Nonagésima Segunda Disposiciones Complementarias Finales de la Ley N°30281, correspondiéndole al Pliego 011 Ministerio de Salud el monto de S/.119 802 974,00

Transferencias de Partidas:

Decreto Supremo N° 004-2015-EF

Transferencia de Partidas, hasta por la suma de S/. 44 779 000,00 del Pliego 137 Instituto de Gestión de Servicios de Salud a favor del Pliego 011 Ministerio de Salud, para financiar las actividades referidas a la regulación, supervisión, inspección y control del cumplimiento de las normas y procedimientos en materia de salud que, en el marco del Decreto Legislativo N°1161, corresponden al Ministerio de Salud por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios hasta por la suma de S/. 41 581 000,00 y Recursos Directamente Recaudados hasta por la suma de S/. 3 198 000,00.



Decreto Supremo N°002-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015, correspondiéndole al Pliego 011 Ministerio de Salud la suma de S/. 2 473 200,00 Nuevos Soles, con cargo a la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios, destinada a financiar el reajuste de las pensiones percibidas por los beneficiarios del régimen del Decreto Ley N°20530 que hayan cumplido sesenta y cinco años o más de edad al 31 de diciembre de 2014, cuyo valor anualizado no exceda el importe de veintiocho UIT, conforme a lo dispuesto en el artículo 1 del citado Decreto Supremo.

Decreto Supremo N°012-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015, hasta por la suma de S/.37 000 000,00, del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor de la Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR, para financiar el complemento remunerativo de los gerentes públicos asignados a plazas presupuestadas de unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y de los organismos públicos del Ministerio de Salud, en el marco del literal a) del artículo 28 de la Ley N°30281, Ley de Presupuesto para el Año Fiscal 2015.

Decreto Supremo N°048-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Año Fiscal 2015 hasta por la suma de S/.223 416 651,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor de los Pliego 131 Instituto Nacional de Salud, 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud y de veinticinco pliegos de los Gobiernos Regionales, destinada al financiamiento y continuidad de las acciones de implementación en el marco del D.L.N°1153.

Decreto Supremo N°055-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Año Fiscal 2015, hasta por la suma de S/8 025 318,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor del Pliego Gobierno Regional del Departamento de Loreto, para financiar la compra y reposición de equipamiento biomédico en el marco de programas presupuestales para el Hospital Regional de Loreto – Felipe Santiago Arriola I. y para el Hospital de Apoyo Iquitos “César Garayar García”.

Decreto Supremo N°056-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto Año Fiscal 2015, hasta por la suma de S/.12 498 540,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor del Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud, destinada al financiamiento del costo diferencial de las compensaciones y entregas económicas del personal de la salud nombrado en dichos pliego en el marco de la continuidad de las acciones de implementación del Decreto Legislativo N°1153.

Decreto Supremo N°070-2015-EF

Transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2015, hasta por la suma de S/. 11 116 445,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor de



diversos pliegos de Gobiernos Regionales, destinada al financiamiento y continuidad de las acciones de implementación en el marco del Decreto Legislativo N°1153.

Decreto Supremo N°069-2015-EF

Transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2015, hasta por la suma de S/. 21 623 860,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor de los pliegos Gobiernos Regionales de los departamentos de Amazonas, Ancash, Apurímac, Cajamarca, Loreto y Puno, destinada al financiamiento del costo diferencial de las compensaciones y entregas económicas del personal de la salud nombrado en dichos pliegos en el año fiscal 2014, en el marco de la continuidad de las acciones de implementación del D.L. N°1153.

Decreto Supremo N°071-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015, hasta por la suma de S/. 74 750 000,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud, a favor del INEN, el IGSSy diversos Gobiernos Regionales, con el fin de incrementar las coberturas de intervención efectiva orientadas a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social y para los gastos operativos en el marco de los programas presupuestales: Articulado Nutricional, Control y Prevención en Salud Mental, y Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad. Transferencia de Partidas para financiar la compra y reposición de equipamiento biomédico en el marco de los programas presupuestales de salud, del pliego 011: Ministerio de Salud, a favor del pliego Instituto de Gestión de Servicios de Salud y de diversos pliegos Gobiernos Regionales, por el monto de S/. 141 974 682,00; en el marco de los programas presupuestales Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles y Prevención y Control del Cáncer

Decreto Supremo N°083-2015-EF

Transferencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015, hasta por la suma de S/.154 722 953,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud a favor de diversos Gobiernos Regionales, para el financiamiento de siete proyectos de inversión pública de infraestructura sanitaria, en el marco de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley N°30281.

Decreto Supremo N°084-2015-EF

Transferencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 hasta por la suma de S/. 42 483 472,00 del Pliego 011 Ministerio de Salud a favor del Gobierno Regional del Departamento de Ucayali, las Municipalidades Distritales de Llochegua y de Santa Rosa del Departamento de Ayacucho, la Municipalidad Distrial de Simón Bolívar del Departamento de Pasco y la Municipalidad Distrital de Yamango del Departamento de Piura, para el financiamiento de cinco proyectos de inversión pública de infraestructura sanitaria, en el marco de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley N°30281.



Decreto Supremo N°105-2015-EF

Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015, hasta por la suma de S/. 12 031 734,00, correspondiendo a la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios hasta por la suma de S/.8 913 440,00 del Pliego Ministerio de Salud, a favor del Gobierno Regional de la Provincia Constitucional del Callao, del Gobierno Regional del Departamento de Tacna y de la Municipalidad Distrital de Chongoyape, para el financiamiento de tres proyectos de inversión pública de Resolución Ministerial N°258-2015/MINSA

Incluir los recursos transferidos por el Ministerio para Comercio Exterior y Cooperación para el Desarrollo del Reino de los Países Bajos a favor de la Unidad Ejecutora: 123 PARSALUD por la suma de S/. 62 507, en la Fuente de Financiamiento 4 Donaciones y Transferencias, para financiar la Fase de Desarrollo del Proyecto ORIO10/PE/01 “Fortalecimiento de la Atención de Salud Materna e Infantil en las zonas más deprimidas del Perú”.

Resolución Ministerial N°401-2015/MINSA

Se incorporó en el marco presupuestal de la Unidad Ejecutora 123 PARSALUD II, en la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias el importe de S/. 710 775,00; los fondos recibidos en el marco de la Octava Ronda del Fondo Mundial, destinado a financiar la ejecución de las actividades programadas en el Proyecto “Haciendo la Diferencia: Promoviendo una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú”.

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE INGRESOS

El ingreso acumulado al cierre del Año Fiscal 2015 del Pliego 011 Ministerio de Salud, por toda Fuente de Financiamiento alcanzó la cifra de S/.156 355 019,43; el detalle se muestra en el Cuadro N°4.

Cuadro N°4

**EJECUCIÓN DE INGRESOS SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2015
PLIEGO 011: MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Fuentes de Financiamiento	PIA	PIM	Recaudación	% Recaudac.
2: Recursos Directamente Recaudados	49 310 401	88 920 226	122 157 668,32	137%
3: Rec. por Operac.Oficiales de Crédito	28 656 068	31 005 460	23 530 123,85	76%
4: Donaciones y Transferencias		8 893 177	10 431 659,26	117%
5: Recursos Determinados	500 000 000	235 568	235 568,00	100%
TOTAL	577 966 469	129 054 431	156 355 019,43	121%

Fuente: Anexo PP-1 Presupuesto Institucional de Ingresos 2015
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

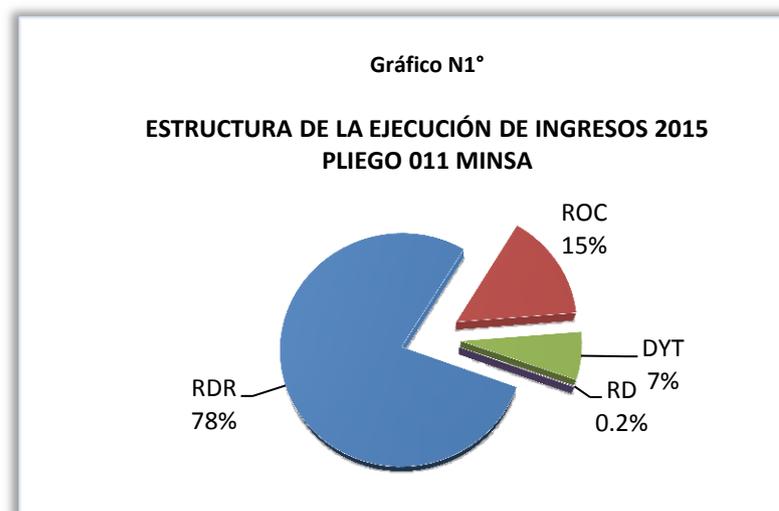
En la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados la mayor recaudación se originó por la incorporación del Saldo de Balance. El PIM programado

para ésta fuente de financiamiento fue de S/. 88 920 226 siendo el monto recaudado S/.122 157 668,32, 137% del monto programado.

En la fuente de financiamiento Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito, se previó un PIM de S/. 31 005 460,00 siendo el monto total recaudado S/.23 530 123,85 que representó el 76% del monto programado. La recaudación en ésta fuente de financiamiento comprende los Créditos Externos Provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial-BIRF y Bonos del Tesoro Público a cargo de la unidad ejecutora Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSalud II.

En la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias se programó un PIM de S/.8 893 177,00 con una recaudación de S/. 10 431 659,26, el cual representó el 117% del monto programado. La recaudación en ésta fuente de financiamiento comprende principalmente el Saldo de Balance de las Donaciones y Transferencias(SIS) recibidas en ejercicios anteriores, seguido de la donación del Fondo Mundial (*Destinada a financiar la ejecución de las actividades programadas en el Proyecto "Haciendo la Diferencia: Promoviendo una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú", consignando como receptor principal al Ministerio de Salud a través de la Unidad Ejecutora 123 Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud —PARSALUD II, la Donación*), la Donación del Ministerio para Comercio Exterior y Cooperación para el Desarrollo del Reino de los Países Bajos-HOLANDA (*Destinada a financiar la Fase de Desarrollo del Proyecto ORIO10/PE/01 "Fortalecimiento de la Atención de Salud Materna e Infantil en las zonas más deprimidas del Perú"*).

Respecto a la Estructura de la Ejecución de Ingresos 2015 a nivel Pliego 011 MINSa, según Gráfico N°1, se puede apreciar que el 78% de los ingresos corresponden a la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados, 15% a los Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito, 7% a las Donaciones y Transferencias y 0.2% a los Recursos Determinados.





Respecto a los ingresos por la fuente Recursos Directamente Recaudados, como se observa en el Cuadro N°5, cabe mencionar que el Saldo de Balance representó el 44% del total recaudado, seguido de la Venta de Bienes y Servicios y Derechos Administrativos con el 37% y Otros Ingresos con el 19% de participación.

Cuadro N°5

EJECUCIÓN DE INGRESOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS -2015
PLIEGO 011: MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)

Concepto	PIM	Recaudación	Participación %
1.3 Venta de Bienes y Servicios y Derechos Administrativos	49 373 327	45 342 229,12	37%
1.5 Otros Ingresos	4 435 074	23 390 269,27	19%
1.9 Saldo de Balance	35 111 825	53 425 169,93	44%
TOTAL	88 920 226	122 157 668,32	100%

Fuente: Anexo PP-1 Presupuesto Institucional de Ingresos 2015
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

Los ingresos por Venta de Bienes y Servicios y Derechos Administrativos se da principalmente por la venta por tasas de salud, seguido de los servicios de autorización, inspección y control sanitario y la venta de medicinas, los cuales sumaron un total de S/.43 090 726,44

Los ingresos del rubro Otros Ingresos registran la recaudación de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas-DIGEMID y la Dirección General de Salud Ambiental – DIGESA, por concepto de Multas a Establecimientos y Farmacias; asimismo dicho rubro incluye la ejecución de las Cartas Fianzas y las penalidades a los proveedores.

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL GASTO

Al Cierre del Año Fiscal 2015, el Pliego 011 Ministerio de Salud alcanzó una ejecución presupuestal de S/.1 872 981 719,47 a nivel de toda fuente de financiamiento, como se puede observar en el Cuadro N°6, El nivel de ejecución fue del 95% respecto al Presupuesto Institucional Modificado.



Cuadro N°6

**EJECUCIÓN DE GASTOS SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Fuente de Financiamiento	2014	2015			Variac. %
	Devengado	PIM	Devengado	% de Ejecución	2015/2014
1: Recursos Ordinarios	3 412 486 859	1 835 226 282	1 762 731 194,31	96%	-48%
2: Recursos Directamente Recaudados	258 756 571	88 920 226	80 514 532,75	91%	-69%
3: Recursos por Operac.Oficiales de Crédito	13 013 800	31 005 460	23 529 973,85	76%	81%
4: Donaciones y Transferencias	258 992 857	8 893 177	6 206 018,56	70%	-98%
5: Recursos Determinados	0	235 568		0%	0%
TOTAL	3 943 250 086	1 964 280 713	1 872 981 719,47	95%	-53%

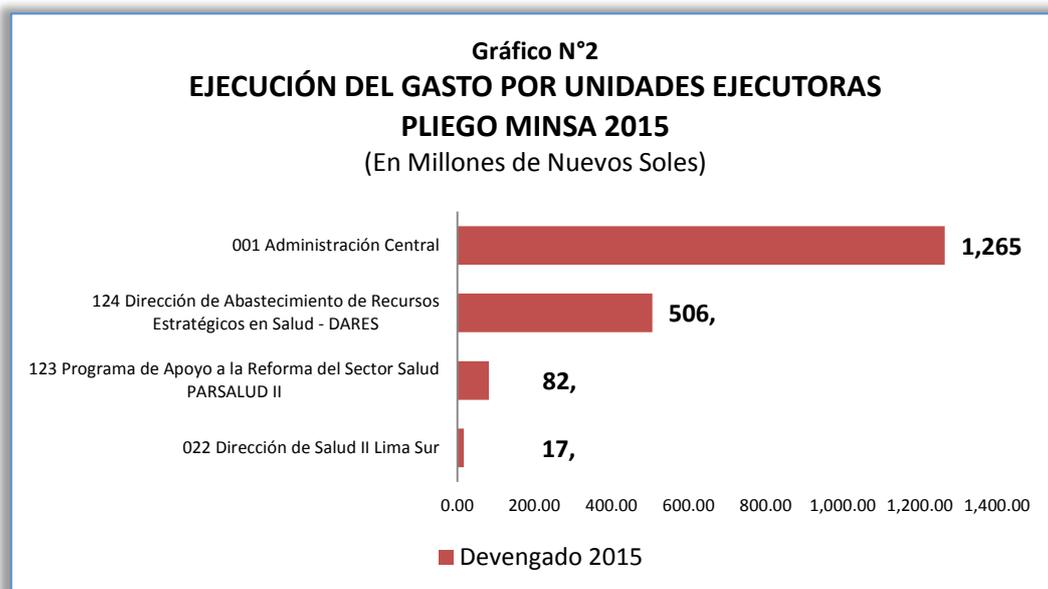
Fuente: Conciliación del Marco Legal y Ejecución del Presupuesto Ejercicio 2014-2015
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

A nivel de la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, la ejecución del gasto del Pliego 011 Ministerio de Salud, en el 2015 alcanzó el 96% por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios.

Por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados, el porcentaje de ejecución fue del 91% en relación al PIM; sin embargo en relación a lo recaudado la ejecución alcanzó el 137% lo que indica la existencia de un saldo de balance de S/.41,463,136, que podrán ser incorporados en el presupuesto institucional del Pliego 011: Ministerio de Salud en el Ejercicio Presupuestario 2016.

Según Gráfico N°2 La Ejecución de Gastos por Unidades Ejecutoras a toda fuente de financiamiento refleja que la UE 001 Administración Central concentró el 67.6% de la ejecución, seguido de la UE 124 DARES con el 27.1%, mientras que la UE 123 PARSALUD se hizo presente con el 4.4% y la UE 022 DISA II Lima Sur con el 0.9%del monto total ejecutado.

Los ingresos por Venta de Bienes y Servicios y Derechos Administrativos se da principalmente por la venta por tasas de salud, seguido de los servicios de autorización, inspección y control sanitario y la venta de medicinas, los cuales sumaron un total de S/.43,090,726,44



Los gastos de la Unidad Ejecutora 001 Administración Central³, estuvieron orientados principalmente al Programa 0068: Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, mediante la adquisición de módulos de emergencias y hospitales de campaña y su respectivo equipamiento. Asimismo comprende la ejecución de los PIP: Hospital de Emergencias Villa El Salvador; Hospital Lima Este-Vitarte; Hospital Santa María de Socorro de Ica y los servicios de publicidad por las campañas de: Campaña Anemia No-Suplementación con micronutrientes, Alimentación Complementaria para RDCI y Prevención Tuberculosis, Lactancia Materna, Mejoramiento del Servicio y Atención, Bienvenidos a la Vida, Dengue; Chikunguya, Vacunación Nacional-Inmunizaciones, Salud Escolar, Salud Mental, Salud Ocular, Prevención del embarazo, Día mundial del tabaco, Prevención y Control de las IRAS y neumonía.

Los gastos de la Unidad Ejecutora 124 DARES⁴ estuvieron orientados a la adquisición de las siguientes vacunas: BCG 10 dosis, Influenza Pediátrica 20 dosis, MMR 1 Dosis, DPT 10 Dosis, Hepatitis B pediátrica, Pentavalente, Polio Inactividad, Neumococo 13 Valente 1 Dosis, MR Rotavirus 1 dosis, Fiebre Amarilla, MR-SR, Virus Papiloma Humano, Hepatitis B Adulto, Inmunoglobulina Hepatitis B, Influenza Adulto, Antirrábica Humana, MR, Polio Oral 20 Bivalente; en el marco del Convenio con la OPS; asimismo en el marco del Convenio con UNICEF, se transfirió fondos para la adquisición de Multimicronutrientes, Vacuna VPH 4, Jeringa ret. 1ccx27gx1/2, Jeringa ret. 1ccx25gx5/8, Jeringa 5 ml 21g, asimismo productos farmacéuticos e insumos médicos⁵.

³ Fuente: SIAF-SP Módulo Administrativo Devengados al 31/12/2015 UE 001 Adm.Central

⁴ Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud – DARES: Órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que se encarga del proceso de adquisición y distribución de los recursos estratégicos Productos farmacéuticos, insumos médicos y odontológicos, material de laboratorio, material de ayuda al diagnóstico, instrumentales y equipos médicos y odontológicos no considerados como inversión, así como plaguicidas y productos veterinarios de uso en salud, para la red asistencial de salud pública a nivel nacional, que garantice la calidad y precios que aseguren la accesibilidad de estos a la población.

⁵ Fuente: MEMORANDUM N°123-2016-DARES/MINSA de 4/2/16 Informe de Evaluación Presupuestal Anual 2015



Los gastos de la Unidad Ejecutora 123 PARSALUD, han contribuido a la inversión en salud para la mejora de los servicios de salud con intervención en familias con mujeres gestantes, parturientas, madre lactante y madre de niños menores de tres años y niños y niñas menores de 3 años de zona rural. El Programa durante el año 2015 ha entregado 25 obras, beneficiando a más de 826,948 habitantes⁶

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN SEGÚN GENÉRICA DE GASTO

La ejecución presupuestal a nivel de Categoría y Genérica de Gasto se puede observar en el Cuadro N°7.

Cuadro N°7

**EJECUCIÓN DE GASTOS SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Categoría y Genérica del Gasto	RO	RDR	ROOC	DYT	DETERMINADO	2015			
						PIM	Devengado	% Ejec.	Participación %
Gastos Corrientes	1 443 490 731,03	74 959 846,25		5 234 160,95		1 581 948 007	1 523 684 738,23	96%	81%
2.1 PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	557 160 573,22	99 190,00				581 734 478	557 259 763,22	96%	30%
2.2 PENSIONES Y OTRAS PRESTAC. SOCIALES	49 119 159,35	503 824,86				50 319 057	49 622 984,21	99%	3%
2.3 BIENES Y SERVICIOS	735 275 702,47	69 370 865,86		5 234 160,95		842 349 815	809 880 729,28	96%	43%
2.4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	24 833 447,00	3 000 000,00				27 833 447	27 833 447,00	100%	1%
2.5 OTROS GASTOS	77 101 848,99	1 985 965,53				79 711 210	79 087 814,52	99%	4%
Gastos de Capital	319 240 463,28	5 554 686,50	23 529 973,85	971 857,61		382 332 706	349 296 981,24	91%	19%
2.4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	2 479 849,00					2 479 849	2 479 849,00	100%	0%
2.6 ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	316 760 614,28	5 554 686,50	23 529 973,85	971 857,61		379 852 857	346 817 132,24	91%	19%
TOTAL	1 762 731 194,31	80 514 532,75	23 529 973,85	6 206 018,56		1 964 280 713	1 872 981 719,47	95%	100%
Participación %	94,1%	4,3%	1,3%	0,3%	0,0%				

Fuente: Conciliación del Marco Legal y Ejecución del Presupuesto 2015
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

Del total del gasto ejecutado por toda Fuente de Financiamiento, el 81% estuvo dirigido a Gastos Corrientes, y 19% a Gastos de Capital, de los cuales el 94.1% (S/.1 762 731 194,31) fue ejecutado con Recursos Ordinarios, 4.3% (S/.80 514 532,75) con Recursos Directamente Recaudados, 1.3% (S/.23 529 973,85) con Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito y 0.3% (S/. 6 206 018,56) con Donaciones y Transferencias.

En Gasto de Capital se ejecutaron S/. 349 296 981,24 por toda Fuente de Financiamiento (19% del total ejecutado), de los cuales el 91.4% se ejecutó con

⁶ Fuente: OFICIO N°0033-2016-PRONIS/CG de 04/02/2016 informe de Ejecución de Metas Físicas 2015



Recursos Ordinarios, 1.6% con Recursos Directamente Recaudados, 6.7% con la Fuente de Financiamiento ROOC y el 0.3% con Donaciones y Transferencias.

En relación a la ejecución del Gasto Corriente el 30% se efectuó en la Genérica de Gasto 2.1 Personal y Obligaciones Sociales, el 3% en la Genérica de Gasto 2.2 Pensiones y Otras Prestaciones Sociales, en la Genérica de Gasto 2.3 Bienes y Servicios el 43% estuvo orientado al mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos hospitalarios, así como de infraestructura, adquisición de medicamentos, vacunas, material médico quirúrgico y el aseguramiento de insumos para las prioridades sanitarias en los establecimientos de salud a nivel nacional; y el 4% en la Genérica de Gasto 2.5 Otros Gastos.

La ejecución del gasto de la genérica 2.5.Otros Gastos se explica principalmente por el pago de impuestos para el ingreso de vacunas, jeringas y otros productos de salud en el marco del Convenio con la OPS y UNICEF; también incluye las Subvenciones Otorgadas a las Personas Jurídicas en el marco del Anexo A-Subvención para personas jurídicas de la Ley del Presupuesto N°30281 y el pago por concepto de Sentencias Judiciales a favor del personal activo y pensionista.

Con respecto al Gasto de Capital, su ejecución representó el 19% del monto total ejecutado por el Pliego 011: Ministerio de Salud en el Año Fiscal 2015. Del total ejecutado el 58% fue destinado a Proyectos de Inversión y el 42% a la Adquisición de Activos No Financieros Sin Proyectos de Inversión.

Cuadro N°8

**MARCO LEGAL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS 2015
GENÉRICA 2.6 ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Concepto	2.6 Adquisición de Activos No Financieros				
	PIA	PIM	Devengado	% Ejecución	Participac. % de la Ejecución
Proyectos de Inversión	1 228 921 838	224 473 229	200 498 118,97	89.3%	58%
Actividades - Sin Proyectos (Adquisición y Activos No Financieros)	151 916 019	155 379 628	146 319 013,27	94.2%	42%
TOTAL	1 380 837 857	379 852 857	346 817 132,24	91.3%	100%

Fuente: SIAF-Módulo de Proceso Presupuestario – MPP 2015

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL A NIVEL DE PROGRAMAS PRESUPUESTALES

Del total del presupuesto ejecutado por el Pliego 011: Ministerio de Salud en el 2015, el 41% se ejecutó en Programas Presupuestales y el 59% en Acciones Centrales y Asignaciones Presupuestarias que no Resultan en Productos. Cuadro N°9



Cuadro N°9

**EJECUCIÓN DE GASTOS POR CATEGORÍA PRESUPUESTAL - 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Categoría Presupuestal	PIM	Devengado	% Ejecución	Participación % de la Ejecución
Programas Presupuestales	818 395 802	775 651 587,52	95%	41%
Acciones Centrales y APNOP	1 145 884 911	1 097 330 131,95	96%	59%
TOTAL	1 964 280 713	1 872 981 719,47	95%	100%

Fuente: SIAF - Módulo de Proceso Presupuestario MPP
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

Como se observa en el Cuadro N°10, en los Programas Presupuestales se ejecutó el 95% del presupuesto asignado para estos fines, destacando los niveles de ejecución de los programas 0024: Prevención y Control del Cáncer, 0104: Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas, 0001: Programa Articulado Nutricional, 0016: TBC-VIH/SIDA, 0017: Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y 00131: Control y Prevención en Salud Mental.

Cuadro N°10

**EJECUCIÓN DE GASTOS POR PROGRAMA PRESUPUESTAL 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Categoría Presupuestal	PIM	Devengado	% Ejecución	Participac. % de la Ejecución
0001: Programa Articulado Nutricional	312 973 433	310 617 638,46	99%	40%
0002: Salud Materno Neonatal	110 485 738	102 176 050,74	92%	13%
0016: TBC-VIH/SIDA	102 760 830	101 605 912,77	99%	13%
0017: Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	34 432 097	33 497 357,32	97%	4%
0018: Enfermedades No Transmisibles	11 809 669	10 253 634,81	87%	1%
0024: Prevención y Control del Cáncer	55 270 783	55 089 821,73	100%	7%
0068: Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres	170 080 251	141 909 114,55	83%	18%
0104: Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas	19 144 932	19 105 918,43	100%	2%
0129: Prevención y Manejo de Condiciones Secundarias de Salud en Personas con Discapacidad	430 705	428 553,87	100%	0%
0131: Control y Prevención en Salud Mental	1 007 364	967 584,84	96%	0%
TOTAL	818 395 802	775 651 587,52	95%	100%

Fuente: SIAF - Módulo de Proceso Presupuestario MPP
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

Según Cuadro N°11 a nivel de genérica de gasto y categoría presupuestal, del total de ejecución del Año Fiscal 2015 el 30% del total ejecutado estuvo destinado a los gastos de Personal y Obligaciones Sociales y el 70% en las demás genéricas de gasto.

Del total ejecutado en Personal y Obligaciones Sociales el 0.3% se ejecutó en Programas Presupuestales y 29% en Acciones Centrales y APNOP.



Del total ejecutado en otras genéricas de gasto, el 41% se ejecutó en Programas Presupuestales y 29% en Acciones Centrales y APNOP.

Cuadro N°11

**EJECUCIÓN DE GASTOS POR CATEGORÍA PRESUPUESTAL 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Genérica de Gasto y Categoría Presupuestal	PIM	Devengado	% Ejecución	Participación % de la Ejecución
PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	581 734 478	557 259 763,22	96%	30%
Programas Presupuestales	6 872 815	4 846 999,87	71%	0,3%
Acciones Centrales y APNOP	574 861 663	552 412 763,35	96%	29%
OTRAS GENÉRICAS	1 382 546 235	1 315 721 956,25	95%	70%
Programas Presupuestales	811 522 987	770 804 587,65	95%	41%
Acciones Centrales y APNOP	571 023 248	544,917 368,6	95%	29%
TOTAL	1 964 280 713	1 872 981 719,47	95%	100%

Fuente: SIAF-Módulo de Proceso Presupuestario 2015
Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE INVERSIÓN

En el 2015, el Presupuesto Institucional Modificado-PIM del Sector Salud fue de S/.338 millones y el Pliego Ministerio de Salud tiene a su cargo S/.224 (Ejecución 89.3%), el Instituto de Gestión de Servicios de Salud con S/. 45 millones (Ejecución 92.3%), el Instituto Nacional de Salud con S/. 8 millones (Ejecución 29.6%) y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con S/. 59 millones (Ejecución 84.4%). Cuadro N°12

Cuadro N°12

**PRESUPUESTO DESTINADO A PROYECTOS DE INVERSIÓN 2015
EN LOS PLIEGOS DEL SECTOR SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Pliegos	PIM	Devengado	% Ejecución
Ministerio de Salud	224 473 229	200 498 119	89,3%
Instituto Nacional de Salud	8 059 974	2 382 895	29,6%
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	59 900 000	50 550 325	84,4%
Instituto de Gestión de Servicios de Salud	45 688 271	42 159 912	92,3%
TOTAL	338 121 474	295 591 250	87,4%

Fuente: Consulta Amigable MEF al 02/03/2016

Como se observa en el Cuadro N°13 la Unidad Ejecutora 001 Administración Central concentró el 59% del total de la ejecución de Proyectos de Inversión, alcanzando una ejecución del 91% respecto a lo programado, seguido del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud con una ejecución del 90% y la Dirección de Salud II Lima Sur con una ejecución del 56%.



Cuadro N°13

**PRESUPUESTO DESTINADO A PROYECTOS DE INVERSIÓN 2015
EN LAS UNIDADES EJECUTORAS DEL PLIEGO 011 MINSA
(EN NUEVOS SOLES)**

Unidades Ejecutoras	PIM	Devengado	% Ejecución	Participación % Ejecuc.
Administración Central	128 975 326	117 874 036	91%	59%
Dirección de Salud II Lima Sur	9 439 184	5 275 193	56%	3%
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud	86 058 719	77 348 891	90%	38%
TOTAL	224 473 229	200 498 119	89%	100%

Fuente: Consulta Amigable MEF Proyectos Inversión Gob.Nac. Sector Salud al 02/03/2016

Como se aprecia en el Cuadro N°14, las Acciones de Inversión alcanzaron una ejecución del 90% respecto a su PIM, mientras que la ejecución de Obras logró un 84% de ejecución con relación a su PIM.

Las Acciones de Inversión comprenden la ejecución de: Expediente técnico, supervisión y liquidación de obras, adquisición de equipos, asistencia técnica, gestión y administración, adquisición de equipos médicos, pago anual por obras, estudios de pre-inversión e implementación de módulos.

Las Obras comprenden la ejecución por Mejoramiento de puestos de salud y Mejoramiento de centros de salud.

Cuadro N°14

**MARCO LEGAL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Presupuesto de Inversión por Obra/Acciones de Inversión/Otros	RUBRO	PIA	PIM	Devengado	% Ejecución
OBRAS		365 225 882	42 345 779	35 476 603,60	84%
	00	364 840 987	30 659 370	27 471 968,93	90%
	19	384 895	11 686 409	8 004 634,67	68%
ACCIONES DE INVERSIÓN		863 695 956	178 715 397	161 609 462,87	90%
	00	335 424 783	156 944 529	145 505 556,34	93%
	19	28 271 173	19 319 051	15 525 339,18	80%
	13	0	2 216 249	578 567,35	26%
	18	500 000 000	235 568	0	0%
Adquisic.de Ot. Act.Fijos	00	0	3 412 053	3 412 052,50	100%
TOTAL		1 228 921 838	224 473 229	200 498 118,97	89%

Fuente: PI-1C Marco Legal y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública 2015

Según Cuadro N°15 la Distribución Geográfica del Marco Legal y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública a Nivel Pliego 011 MINSA, se observa que la ejecución del gasto de inversión pública se encuentra concentrada en el Departamento de Lima con S/. 147 millones, seguido de los Departamentos de Amazonas con S/. 17



millones, Cajamarca con S/. 6 millones, Ica y Huancavelica con S/. 5 millones de Nuevos Soles.

Cuadro N°15

**DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL MARCO LEGAL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(EN NUEVOS SOLES)**

Departamentos	PIA	PIM	Devengado	% Ejecución
1 Amazonas	35 539 159	18 719 651	17 730 312,95	95%
2 Ancash				
3 Apurímac	2 637 300	3 831 051	2 661 195,91	69%
4 Arequipa	100 000 000	235 568		
5 Ayacucho	5 559 197	2 912 962	2 551 202,54	88%
6 Cajamarca	17 490 656	6 924 287	6 662 450,28	96%
7 Provincia Constitucional del Callao	4 750 788	9 548	0	
8 Cusco	105 110 467	1 707 337	1 183 279,39	69%
9 Huancavelica	3 129 736	6 041 711	5 463 769,20	90%
10 Huánuco	3 666 120	5 068 863	3 672 022,55	72%
11 Ica		7 228 187	5 947 347,00	82%
12 Junín		3 798	3 798,00	100%
13 La Libertad	100 000 000			
14 Lambayeque				
15 Lima	365 192 394	164 140 801	147 843 705,06	90%
16 Loreto				
17 Madre de Dios				
18 Moquegua	56 799 297			
19 Pasco	66 118 074	85 001		
20 Piura	100 000 000	5 697	5 697,00	100%
21 Puno	109 305 329	5 709 204	5 348 679,11	94%
22 San Martín	120 510 996			
23 Tacna				
24 Tumbes				
25 Ucayali	33 112 325	1 849 563	1 424 659,98	77%
TOTAL	1 228 921 838	224 473 229	200 498 118,97	89%

Fuente: Formato de Proyectos de Inversión PI – MEF Web Contable Pliego 011 MINSA Ejercicio 2015