

Pliego 011 - Ministerio de Salud

INFORME DE EVALUACION DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PEI 2012 - 2016

Mayo, 2017

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos



CONTENIDO

Resumen Ejecutivo.....	03
1. Antecedentes.....	06
2. Marco Institucional y Estratégico.....	07
3. Objetivos estratégicos: resultados y análisis.....	19
3.1. Objetivo 1: Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.....	21
3.2. Objetivo 2: Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable.....	28
3.3. Objetivo 3: Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.....	39
3.4. Objetivo 4: Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.....	54
3.5. Objetivo 5: Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.....	64
3.6. Objetivo 6: Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión.....	68
4. Evolución de la asignación presupuestal vinculada a los Objetivos Estratégicos Institucionales.....	79
5. Conclusiones.....	94
6. Recomendaciones.....	98
7. Anexos.....	99
▪ Anexo N° 01: Objetivos Estratégicos Generales: órganos responsables de brindar información.	
▪ Anexo N° 02: Objetivos Estratégicos Generales: gráfica comparativa de metas programadas y valores alcanzados al 2016 por cada objetivo estratégico general.	



RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento contiene la evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012 – 2016 del Ministerio de Salud (Pliego 001), para el periodo 2016, año que culminó la vigencia del mismo, muestra las metas alcanzadas por cada uno de los seis (06) Objetivos Estratégicos planificados:

- Objetivo Estratégico Institucional 1: *“Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable”*.
- Objetivo Estratégico Institucional 2: *“Reducir la morbimortalidad materno neonatal en la población más vulnerable”*.
- Objetivo Estratégico Institucional 3: *“Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza”*.
- Objetivo Estratégico Institucional 4: *“Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza”*.
- Objetivo Estratégico Institucional 5: *“Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos”*.
- Objetivo Estratégico Institucional 6: *“Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión”*.

En la evaluación se realiza un análisis de los logros alcanzados por cada indicador, con un análisis comparativo entre la situación inicial y la alcanzada al final del quinquenio de vigencia del Plan Estratégico Institucional (PEI) y el análisis de la información recopilada al año 2016.

Respecto al primer Objetivo Estratégico, *“Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable”*, se concluye que uno (01) de sus cuatro (04) indicadores, superó la meta propuesta para este Objetivo. Siendo el mismo, el Indicador *“Tasa de Mortalidad Infantil”*, habiéndose reducido el número de defunciones de veinte (20) a quince (15) por mil nacidos vivos.

Es importante mencionar también los resultados para aquellos indicadores que aunque no alcanzaron la meta propuesta en el PEI 2012 – 2016 MINSa, mostraron mejora respecto a la Línea de Base, siendo los mismos: a) El indicador *“Tasa de Desnutrición Crónica Infantil”* que disminuyó de 18.3% a 13.5%; y, b) Indicador *“Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses”* que redujo de 17.6% a 16.7%. En atención a lo mencionado, tres (03) del total de cuatro (04) indicadores previstos para este Objetivo Estratégico Institucional, mostraron mejoría en relación a la situación inicial, por tanto, los esfuerzos realizados para la reducción de la desnutrición crónica infantil, muestran sus frutos al observarse la disminución del porcentaje de la misma, sin perjuicio de que se requieren impulsar mayores esfuerzos en el siguiente quinquenio a efectos de atender este Objetivo Estratégico que se alinea con políticas priorizadas a nivel nacional (Acuerdo Nacional) e Internacional. (Objetivos de Desarrollo Sostenible).

Respecto al Objetivo Estratégico 2 *“Reducir la morbimortalidad materno neonatal en la población más vulnerable”*, se concluye que 03 de sus 08 indicadores, alcanzaron la meta propuesta para este Objetivo. Siendo los



mismos: Indicador: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales que incrementó de 64.20% a 75.60%, Indicador: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales que de 8.20% incrementó a 12.90%; e, Indicador: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación que incrementó de 74.90% a 79.90%. Es importante también resaltar que el indicador "razón de mortalidad materna" aunque no alcanzó la meta planificada, el resultado muestra que de 93 defunciones se redujeron a 68 por cien mil nacidos vivos. Por tanto, los esfuerzos desplegados para este Objetivo Estratégico referido a la reducción de la morbilidad materno neonatal, muestran logros que requieren seguir en ascenso.

En relación al Objetivo Estratégico 3 "*Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza*", no ha sido posible efectuar el análisis comparativo de la situación al final del año 2016 respecto a las líneas de base, para ninguno de sus indicadores; debido a la falta de fuentes de información que pudieran ser comparables. Sin embargo, se han advertido avances positivos en relación a la hipertensión arterial y al control de la Diabetes Mellitus, al respecto, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas, brindó información relacionada al número de pacientes con diagnóstico que recibe tratamiento y controla su enfermedad, verificándose un crecimiento progresivo del año 2011 al 2016, para Hipertensión Arterial, la cifra ha variado de 60 a 95,462; y, para Diabetes Mellitus los pacientes con tratamiento y control de su enfermedad han incrementado de 11,031 a 55,175.

Los resultados para el Objetivo 4 "*Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza*", muestran que 02 de sus 09 indicadores, alcanzaron la meta propuesta para este Objetivo. Siendo los mismos: Indicador: Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo que redujo de 58 a 53 por cada 100,000 habitantes; e, Indicador: % *Sobrevivida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA)*, que incrementó de 92% como línea de base a 94.50% al año 2016.

Respecto al Objetivo Estratégico 5 "*Reducir los riesgos de desastres en salud*" fueron 02 de los 04 indicadores que lograron superar la meta programada, correspondiendo éstos a los indicadores: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencias de peligros naturales; y, Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en Salud. Respecto a este segundo indicador, se ha advertido que la cantidad de Centro de Operaciones de Emergencia se ha incrementado en mayor número que el proyectado, pudiendo explicarse este incremento a los esfuerzos desde el Gobierno Central por implementar los mismos con acciones concretas como la entrada en vigencia del Reglamento de la Ley N° 29664, que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), la Resolución Ministerial N° 059-2015-PCM que aprueba los "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de los Centros de Operaciones de Emergencia COE", incremento de recursos para atender emergencias otorgados a través del Programa Presupuestal 0068: Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, entre otros.

Finalmente, respecto al Objetivo Estratégico Institucional N° 6 "*Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión*", no se ha logrado efectuar un análisis comparativo debido a que las líneas de base no se



establecieron o no se establecieron claramente; y a dificultades en torno a las fuentes de información, sin perjuicio de ello, es importante resaltar que en el quinquenio 2012 – 2016, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1161, de fecha 07 de diciembre de 2013, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, con el cuál se alcanza la meta referida a la aprobación de la actualización de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

La identificación de las Unidades Orgánicas que facilitaron la información para el presente informe, se muestran en el Anexo N° 01 del presente Informe. Asimismo, los resultados comparativos de las líneas de base y los valores al final del año 2016, para los indicadores del PEI 2012 – 2016 MINSA, se muestran en el Anexo N° 02. Los resultados señalados se presentan aún a pesar de la dificultad señalada para obtener información que permitiera comparar la situación inicial al momento de aprobación del PEI 2012 – 2016, MINSA, con la situación al culminar su periodo, hecho que se debe a cambios en la definición de sus indicadores, cambios en las fuentes de información, ausencia de medición periódica o instrumentos de medición que analizan universos de población distintos a los señalados en los indicadores, siendo pertinente que durante la vigencia del PEI 2017 – 2019, se proceda a modificar el mismo, cuando se advierta que la denominación de alguno de sus indicadores ha variado, existan cambios en la fuente de información para el seguimiento; o, cuando la Oficina responsable del indicador y/u Objetivo modifique la denominación, funciones o pase a formar parte de una unidad orgánica o institución distinta. Ello a efectos de que en las evaluaciones periódicas se puedan efectuar comparaciones sin mayor inconveniente, no se pierda el seguimiento; y, para que la fuente de información periódica resulte efectiva permitiendo así obtener resultados de manera continua, haciendo posible una correcta reatualimentación.

Finalmente, se concluye que respecto a la Visión considerada en el PEI 2012-2016 MINSA, tomando en cuenta que la misma se tomó del Plan Nacional Concertado de Salud al 2020¹; se ha avanzado en el propósito de brindar servicios de salud con equidad y desde un enfoque de derecho, por cuanto los resultados para los indicadores muestran mejoría respecto a la Línea de Base, resultados que hoy se enmarcan en el Pilar de Política *“Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud”*. Asimismo, la inversión en el Sector Salud ha mejorado considerablemente (debido a la asignación de recursos a los Programas Presupuestales y a las inversiones realizadas en la infraestructura y equipamiento al primer y segundo nivel de atención), aportando al propósito de brindar servicios de calidad, propuesto dentro de la Visión del PEI 2012 – 2016 MINSA y que a la fecha sería un esfuerzo logrado dentro del Pilar *“Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, modernos e interconectados”*, lo que a partir del 2017, requiere ser reforzado con el Pilar de Política *“Revalorización del personal de salud y dotación adecuada de recursos humanos en el sistema de salud”* a efectos de lograr un mayor impacto. Asimismo, deben continuar los esfuerzos por fortalecer la gestión del Pliego Ministerio de Salud y la rectoría del Ministerio de Salud, recomendándose incidir en las metas que se programen para el Pilar de Política *“Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública”*.

¹ Plan aprobado en el año 2007, que incluye políticas de Estado, Objetivos y metas al 2020.



1. ANTECEDENTES

- 1) Mediante la Resolución Ministerial N° 666-2013/MINSA de fecha 23 de octubre de 2013 se aprobó con eficacia al 01 de enero de 2012, el Documento Técnico denominado “Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016 del Ministerio de Salud”, en adelante “PEI 2012 -2016”. Durante el periodo de su vigencia, no se realizaron modificaciones a este instrumento de gestión.
- 2) Respecto a las disposiciones de planeamiento estratégico aplicables al PEI 2012 – 2016 del Ministerio de Salud, es importante señalar que el mismo fue aprobado antes de la entrada en vigencia de la Directiva N° 001-2014-CEPLAN/PCD aprobada el 03 de abril de 2014 a través de la Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 026-2014-CEPLAN/PCD; y, antes de la Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD aprobada mediante Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 026-2017-CEPLAN/PCD de fecha 02 de mayo de 2017. Por tanto, en su elaboración y aprobación no contempló el enfoque cíclico de planeamiento en función de fases². Sin perjuicio de ello, la presente evaluación se elabora considerando las disposiciones de la Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD, conforme a ello, el presente documento se elabora para la Fase 4, denominada “Fase de seguimiento y evaluación de políticas y planes para la mejora continua”, la misma que en se encuentra regulada en el artículo 6 de la precitada Directiva.
- 3) El artículo 30 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA publicado el 05 de marzo de 2017; dispone que la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos, unidad orgánica de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, tiene entre otras, la función de: *“Coordinar, formular y actualizar el (...) Plan Estratégico Institucional (PEI), (...), con los órganos del Ministerio de Salud y organismos públicos adscritos, así como realizar su seguimiento y evaluación.”*
- 4) La evaluación del PEI 2012 – 2016 MINSa, ha sido elaborada en base a la información remitida por las Unidades Orgánicas que según funciones vigentes, tienen responsabilidad directa sobre cada uno de los indicadores de los objetivos estratégicos.



² La Directiva N° 001-2014-CEPLAN/PCD definió cuatro fases para el proceso de planeamiento institucional: 1) Fase de Análisis Prospectivo, 2) Fase Estratégica, 3) Fase Institucional, 4) Fase de seguimiento. La Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD, denomina a las cuatro fases del ciclo de planeamiento estratégico, como se detallan a continuación: Fase 1: “El conocimiento integral de la realidad, Fase 2: “El futuro deseado”, Fase 3: “Políticas y planes coordinados”, Fase 4: “El seguimiento y la evaluación de políticas y planes de mejora continua”.

2. MARCO INSTITUCIONAL Y ESTRATÉGICO

2.1 MARCO INSTITUCIONAL

El Ministerio de Salud es un organismo del Poder Ejecutivo que ejerce la rectoría del Sector Salud, es la autoridad de salud a nivel nacional y como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de Salud.³

En atención a su calidad de ente rector, el Ministerio de Salud es competente en las materias: a) Salud de las Personas; b) Aseguramiento en Salud; c) Epidemias y Emergencias Sanitarias; d) Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria; e) Inteligencia Sanitaria; f) Productos Farmacéuticos y Sanitarios, Dispositivos Médicos y Establecimientos Farmacéuticos; g) Recursos Humanos en Salud; h) Infraestructura y Equipamiento en Salud; i) Investigación y Tecnologías en Salud; y otras que se le asignen por Ley.⁴

Asimismo, resulta importante la revisión del marco institucional en la evaluación del PEI 2012 – 2016 MINSA, por cuanto durante la vigencia de éste instrumento de gestión se aprobaron cambios importantes en la Organización de la Entidad que sin duda han tenido impacto en el seguimiento y la medición de los resultados de los indicadores respectivos. Ello, considerando además que en el texto aprobado del PEI 2012 – 2016 MINSA, no se advierte la identificación de Unidades Orgánicas responsables de cada uno de los Objetivos Estratégicos Institucionales, lo que generó que para la recopilación de información de los resultados al final de periodo de vigencia, se tuviera que solicitar a las Unidades Orgánicas, que según funciones vigentes en el R.O.F. del Ministerio de Salud, tuvieran relación con los indicadores, encontrando en algunos casos que los funcionarios no recibieron en las respectivas transferencias de gestión, instrumentos técnicos de monitoreo y seguimiento a los indicadores que por función deberían efectuar a efectos de alcanzar los objetivos institucionales del PEI.

Resulta pertinente señalar que los esfuerzos desplegados para fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud, se fueron materializando a través de la aprobación de las normas legales que modificaron su organización y funciones. Siendo un hito importante, la aprobación del Decreto Legislativo N° 1161 - Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en el año 2013; norma legal que derogó la Ley N° 27657 - Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud del año 2002, con el propósito de reorganizar el Ministerio de Salud, para fortalecer de la rectoría sectorial y un mejor desempeño de las materias de su competencia.

El referido Decreto Legislativo se encuentra vigente hasta la fecha de elaboración del presente informe y determina el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud; así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades. Para tal efecto, divide a los Viceministerios en dos: Viceministerio de Salud Pública y el Viceministerio de

³ Artículo 01 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA

⁴ Artículo 02 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA



Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Asignando al primero la función de formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud pública, orientada al mediano y largo plazo; así como a las intervenciones de promoción y protección de la salud de la población, de conformidad con la política nacional de salud⁵. Asimismo se asigna al Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, la función de formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política sectorial relacionada a la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, el acceso a la atención y al aseguramiento en salud⁶. En atención al citado Decreto Legislativo, en el año 2016, se logra aprobar el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, al publicarse en febrero de 2016, el Decreto Supremo N° 007-2016-SA.

Conforme se señaló, los cambios en la estructura orgánica aprobados con el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, tuvieron impacto en el seguimiento y medición de los indicadores, especialmente en los indicadores referidos a la gestión en el Sector, como son los Objetivos Estratégicos N° 05 "*Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos*" y N° 06 "*Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión*".

Respecto al Objetivo Estratégico N° 05, los resultados que se muestran en los subtítulos siguientes del presente informe, refieren que la creación de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud, fue importante y positiva para los resultados de los indicadores de este Objetivo Estratégico, por cuanto con la nueva estructura, la *Gestión del Riesgo* cuenta con un representante en la Alta Dirección del Ministerio, facilitando la toma de decisiones y el impulso de las acciones relativas al planeamiento estratégico para desarrollar en el sector salud, los componentes, procesos y subprocesos de la Política Nacional de la Gestión del Riesgo de Desastres.

De igual manera, la creación de la Dirección General de Aseguramiento en Salud, hoy Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, resulta un avance importante para los fines propuestos en el Objetivo Estratégico N° 06 "*Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión*", por cuanto se espera que esta Dirección lidere las políticas en materia de aseguramiento en salud a nivel nacional. Sin embargo, el hecho de la creación reciente de esta Dirección no permitió que se logre alcanzar las estrategias relacionadas y previstas en el PEI 2012 – 2016 MINSA, las mismas que fueron: "*Establecer los lineamientos generales para la realización de estudios actuariales del régimen de aseguramiento en el marco del AUS (Aseguramiento Universal en Salud)*"; y, "*Realizar estudios de costos de intervenciones preventivas de cobertura general (por programas) y estudio de costos para cubrir la oferta de intervenciones del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, a toda la población*".⁷



⁵ Artículo 11° del Decreto Legislativo N° 1161

⁶ Artículo 12° del Decreto Legislativo N° 1161

⁷ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 MINSA. Pag. 44

2.2 MARCO ESTRATÉGICO SECTORIAL

2.2.1 MARCO ESTRATÉGICO VIGENTE AL FORMULARSE EL PEI 2012 – 2016 MINSA

ACUERDO NACIONAL

El 22 de julio de 2002, se aprobó por consenso entre el Gobierno, las organizaciones políticas e integrantes de la sociedad civil; el Acuerdo Nacional, el mismo que comprende el conjunto de políticas de Estado, las mismas que se han agrupado en cuatro grandes objetivos nacionales: a) Fortalecimiento de la Democracia y el Estado de Derecho, b) Desarrollo con Equidad y Justicia Social, c) Promoción de la Competitividad del País; y, d) Afirmación de un Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado.⁸

A efectos del análisis de interés en el presente informe, las políticas en materia de salud se encuentran comprendidas en el objetivo “Desarrollo con Equidad y Justicia Social”, el mismo que contempla las siguientes siete (07) políticas de Estado⁹:

- *Reducción de la pobreza.*
- *Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación.*
- *Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita y de Calidad y Promoción y Defensa de la Cultura y del Deporte.*
- *Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.*
- *Acceso al Empleo Pleno, Digno y Productivo.*
- *Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición.*
- *Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.*

Respecto a las políticas citadas, son la política de Reducción de la Pobreza, la política de Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social; y, la política de Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición; las que establecen prioridades vinculadas en materia de salud.

En relación a ellas, la política denominada “Reducción de la pobreza”, que comprende el desarrollo con equidad mediante la asignación creciente de recursos para inversión social en educación y salud, orientándolos hacia las personas de mayor pobreza¹⁰; es atendida por los 06 Objetivos Estratégicos de PEI 2012 – 2016 MINSA, por cuanto los mismos priorizan la atención a las personas en pobreza y extrema pobreza. Asimismo, esta política de reducción de la pobreza, comprende el fomento de una cultura de prevención y control de riesgos y vulnerabilidades ante los desastres, la misma que se atiende directamente con el Objetivo Estratégico N° 05 del PEI 2012 – 2016 MINSA referido a reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.

⁸ www.acuerdonacional.pe

⁹ www.acuerdonacional.pe. Información recabada el 22 de mayo de 2017

¹⁰ Idem



De igual manera, los 06 Objetivos Estratégicos de PEI 2012 – 2016 MINSA, se vinculan a la política “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social”, toda vez que comprende el compromiso de las fuerzas políticas y de la sociedad civil, de “(...) asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables (...)”¹¹

De acuerdo al compromiso citado, la política de “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social”, comprende los siguientes objetivos que también fueron priorizados en el PEI 2012 – 2016 MINSA:

- “Potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas”;
- “Promover la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción”;
(...)
- “Desarrollar un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región”;
- “Promover hábitos de vida saludables”;
- “Ampliar y descentralizar los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados”;
(...)
- “Promover la maternidad saludable y ofrecer servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción”;
- “Promover el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado”;
(...)
- “Incrementar progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud”;
- “Desarrollar una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población”;
(...)

Asimismo, resulta importante señalar que la política “Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición”, contiene compromisos que también han sido priorizados en el Objetivo Estratégico N° 01 y 02 del PEI 2012 – 2016 MINSA, referidos a la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable; y, la reducción de la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable. Ello por cuanto el compromiso para esta política comprende “(...) establecer una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral”¹²; entre otros, mediante, la asistencia a las familias y las personas expuestas a la inseguridad alimentaria, a efectos de que satisfagan



¹¹ Idem

¹² www.acuerdonacional.pe Información recabada el 22 de mayo de 2017

sus necesidades alimenticias y nutricionales; y, el aseguramiento del acceso a alimentos y a una adecuada nutrición, especialmente a los niños menores de cinco años y lactantes, mujeres gestantes y niños en etapa escolar, pobres, pobres extremos y vulnerables, así como familias en situación de pobreza.

PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD

Uno de los documentos de planificación que sirvió de referencia para la formulación del PEI 2012 -2016, fue el "Plan Nacional Concertado de Salud", el mismo que se aprobó mediante la Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA de fecha 20 de julio de 2007. En este plan se aprobaron los lineamientos de política de salud para el periodo comprendido entre el año 2007 y 2020, determinando los siguientes once (11) lineamientos de política:

- 1) *Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.*
- 2) *Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.*
- 3) *Aseguramiento Universal.*
- 4) *Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.*
- 5) *Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.*
- 6) *Desarrollo de los recursos humanos.*
- 7) *Medicamentos de calidad para todos /as.*
- 8) *Financiamiento en función de resultados.*
- 9) *Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.*
- 10) *Participación Ciudadana en Salud.*
- 11) *Mejora de los otros determinantes¹³ de la Salud.*

Asimismo, se formularon once (11) objetivos sanitarios nacionales para el periodo 2007 – 2020; ocho (08) objetivos del sistema de salud para el periodo 2007 – 2011; y, siete (07) Objetivos de los determinantes de la Salud. Para todos ellos, se establecieron metas cuantificables, estrategias e intervenciones. Al respecto, a efectos del periodo en evaluación (2012 – 2016), se señalan a continuación los objetivos sanitarios nacionales que sirvieron de marco estratégico para el PEI en evaluación:

- **Objetivo 1 - Reducir la mortalidad Materna:** Reducir el embarazo en adolescentes. Reducir complicaciones del embarazo, parto, post parto. Ampliar el acceso a la planificación familiar.
- **Objetivo 2 - Reducir la Mortalidad Infantil:** Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.

¹³ En el numeral 3.2.3 del Plan Concertado Nacional de Salud, se identificó al Saneamiento Básico, Pobreza y Programas Sociales, Pobreza y Programas Sociales, Medio Ambiente, Salud Ocupacional, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Seguridad Ciudadana, y, Educación; como determinantes de la Salud, formulándose un objetivo para cada uno de ellos.



- Objetivo 3 - Reducir la Desnutrición Infantil: Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.
- Objetivo 4 - Controlar las Enfermedades Transmisibles: Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del HIV el SIDA y la malaria.
- Objetivo 5 - Controlar las Enfermedades Transmisibles Regionales: Control del dengue, leishmaniasis, enfermedad de chagas y bartonelosis.
- Objetivo 6 - Mejorar la Salud Mental: Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.
- Objetivo 7 - Controlar las enfermedades Crónico Degenerativas: Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebro vascular.
- Objetivo 8 - Reducir la Mortalidad por Cáncer: Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estómago, próstata y pulmón.
- Objetivo 9 - Reducir la Mortalidad por Accidentes y Lesiones Intencionales: Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito mediante la prevención y educación.
- Objetivo 10 - Mejorar la Calidad de Vida del Discapacitado: Disminuir la discapacidad de rehabilitación y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de Salud.
- Objetivo 11- Mejorar la Salud Bucal: Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

Conforme puede advertirse, el Plan Estratégico Institucional 2012 -2016 del Ministerio de Salud, recogió los objetivos estratégicos sanitarios del Plan Nacional Concertado de Salud, lo cual demuestra concordancia entre los instrumentos de planificación del sector salud para el periodo en análisis. Asimismo, es importante señalar que conforme se señala en las líneas siguientes, el referido Plan Estratégico se formuló considerando la Visión del Plan Nacional Concertado de Salud.



VISIÓN Y MISIÓN DEL PEI 2012 – 2016 DEL PLIEGO 011 – MINISTERIO DE SALUD

Para efectos de la evaluación del PEI 2012 – 2016 del Pliego 011 – Ministerio de Salud, resulta muy importante, señalar cuales fueron la Misión y la Visión compartida de futuro que se consideraron al formular tan importante instrumento de gestión, ya que nos permite considerar la perspectiva de futuro planteada. Por ello, resulta pertinente señalar los mismos:

MISIÓN

La Misión considerada en el Plan Estratégico Institucional aprobado para el periodo 2012 - 2016 (PEI), del Ministerio de Salud es la que se señala a continuación, la misma que fue establecida en el Reglamento de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud aprobada por Decreto Supremo N° 013-2002-SA:

"Proteger la dignidad de la persona humana, 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 su concepción y respetando el curso 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".

Es preciso señalar que la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud fue derogada el 07 de diciembre de 2013, con la publicación del Decreto Legislativo N° 1161, el mismo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y se encuentra vigente hasta la fecha de elaboración del presente informe y determina el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud; así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades.

VISIÓN COMPARTIDA DE FUTURO

El Plan Estratégico Institucional aprobado para el periodo 2012 - 2016 (PEI) se formuló considerando la Visión Compartida de Futuro del Plan Nacional Concertado de Salud, la misma que se señala a continuación:

Salud para todos y todas

"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."

2.2.2 MARCO ESTRATÉGICO APROBADO EN FECHA POSTERIOR A LA FORMULACIÓN DEL PEI 2012 – 2016 MINSA

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

El 25 de setiembre de 2015, la Asamblea General de la ONU aprobó diecisiete "Objetivos de Desarrollo Sostenible", los mismos que se aprobaron por los representantes de los Estados miembros con el firme propósito de erradicar la pobreza y el hambre al 2030¹⁴

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en adelante ODS, se formularon con el compromiso de que a partir de su aprobación, los Estados, conforme a su propia realidad, definan sus metas y adecúen la formulación de sus instrumentos de política nacional, así como los de planificación, a los citados ODS.

Respecto a la salud global, en el Objetivo 3 denominado "*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*", se incluyen las siguientes metas:

- *"Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos".*
- *"Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos".*
- *"Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles".*
- *"Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar".*
- *"Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol".*
- *"Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia,*



¹⁴ www.un.org Información recabada el 19 de mayo de 2017

información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”.

- *“Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.*
- *“Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda”.*
(...)
- *“Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo”.*
- *“Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial”¹⁵.*

Conforme se advierte, a pesar de que la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se realizó en el año 2015; las prioridades establecidas en las metas de los mismos, se encuentran alineadas a la programación de objetivos específicos y metas del Plan Estratégico en evaluación, demostrando con ello que la planificación de Objetivos Específicos señalados en el PEI 2012 – 2016 MINSA, recogió la necesidad de atender las principales demandas en materia de salud pública que aportarían al desarrollo.

PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL 2016 – 2021 del MINISTERIO DE SALUD

Este documento de gestión fue aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 637-2016-MINSA de fecha 02 de junio de 2016, con un periodo de vigencia que va desde el mes de junio de 2016 hasta el mes de junio de 2021, por este motivo, se considera importante también esbozar de manera general este instrumento de gestión en el análisis que se realiza en el presente informe, por cuanto el mismo se formuló durante el periodo de vigencia del PEI 2012 – 2016.

Conforme a ello, este plan estratégico sectorial considera tres (03) objetivos estratégicos y trece (13) acciones estratégicas:

1) Objetivo 1: “Mejorar la salud de la población.”

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- Reducir la mortalidad materna y neonatal.
- Reducir la desnutrición infantil y anemia.
- Controlar las enfermedades transmisibles.

¹⁵ www.un.org Información recabada el 19 de mayo de 2017



- Disminuir las enfermedades no transmisibles.
 - Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos.
- 2) Objetivo 2: "Ampliar la cobertura de aseguramiento para la prestación en salud."

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema.
 - Expandir la oferta de servicios de salud.
 - Modernizar la gestión de los servicios de salud.
 - Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.
- 3) Objetivo 3: "Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población".

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- Fortalecer la Autoridad Sanitaria.
- Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.
- Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública.
- Reforzar los arreglos interinstitucionales para la gestión Multisectorial y Territorial.

Conforme se verifica en el PESEM que se aprueba para el periodo 2016 – 2021, se evidencian cinco de los seis objetivos estratégicos institucionales del PEI 2012 – 2016 MINSA (1° Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable, 2° Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable, 3° Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, 4° Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza, 6° Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión). Por tanto, los referidos objetivos estratégicos del PEI en evaluación, resultan concordantes con el PESEM vigente a la fecha.

Sin perjuicio de lo señalado, es pertinente señalar que la Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD que rige a partir de mayo de 2017, regula la actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional – PEDN, estableciendo que las Entidades, deberán incorporar a sus Planes: acciones de prevención del riesgo de desastres y evaluaciones del simulacros de eventos que podrían causar pérdidas en el bienestar de las personas. Por tanto, esta disposición recientemente vigente supone la incorporación de la prevención del riesgo de desastres al PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud, es decir, en atención a la nueva Directiva del CEPLAN, los fines y propósitos del Objetivo 5° del PEI 2012 – 2016 MINSA denominado "*Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos*", serían incorporados como acciones del PESEM vigente.



PILARES DE POLÍTICA PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD

A efectos de brindar continuidad al planeamiento estratégico del Pliego Ministerio de Salud y conforme a los disposiciones del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN, mediante la Resolución Ministerial N° 147-2017/MINSA de fecha de 03 de marzo de 2017, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 22 de mayo de 2017, se aprobó el Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud para el periodo 2017 – 2019; el mismo que incorpora cuatro *"Pilares de política para la Transformación del Sector Salud"*¹⁶ establecidos por la Alta Dirección del Ministerio de Salud¹⁷, siendo los mismos los siguientes:

- Gestión eficiente y transparente del sistema de salud, centrado en las personas.
- Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud.
- Revalorización del personal de salud y dotación adecuada de recursos humanos en el sistema de salud.
- Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, modernos e interconectados.

En atención a lo señalado, los Objetivos Estratégicos Institucionales definidos en el PEI 2017 -2021 del Pliego MINSA, se han articulado con los citados Pilares, a efectos de garantizar el *"desarrollo de las acciones que afianzará la conducción sectorial, regulación, fiscalización, organización de la provisión de los servicios, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento de salud, medición del cumplimiento de las funciones rectoras exclusivas y el desarrollo de políticas para mejorar las condiciones de salud a la población"*¹⁸. Conforme se puede observar en el siguiente gráfico, los Objetivos Estratégicos Institucionales se han agrupado en torno a los Pilares de Política formulados.

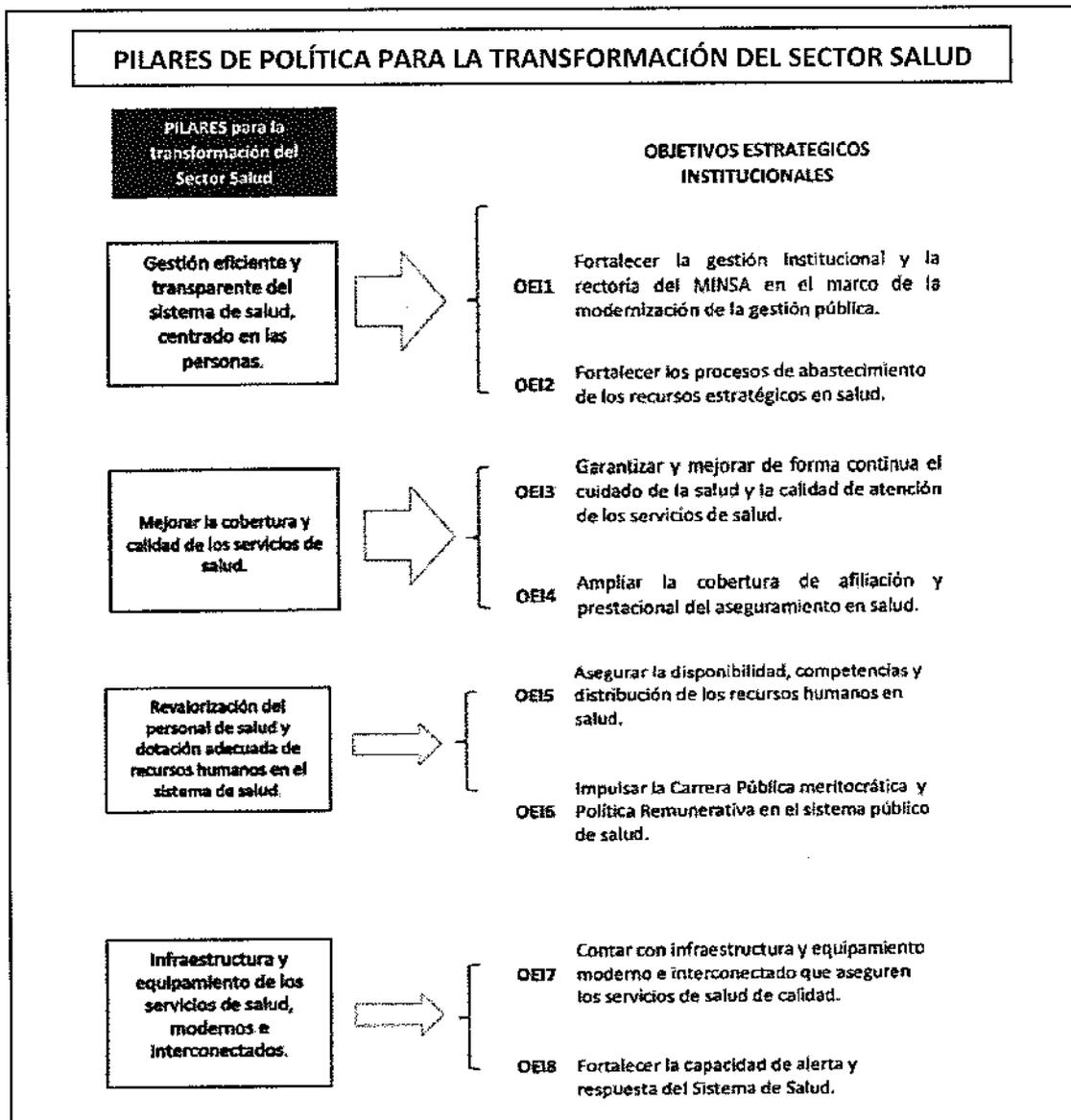
Este nuevo enfoque de gestión, establecido sobre la base de Pilares de Política, ha permitido que los Objetivos Estratégicos Institucionales del PEI 2017 – 2019 MINSA y sus acciones estratégicas, indicadores y metas; se propongan de manera integrada y organizada distribuyendo los mismos en las citadas cuatro categorías (Pilares), identificadas para la Transformación del Sector Salud.

¹⁶ Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017 - 2019. Página 15

¹⁷ *Ibidem*

¹⁸ Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017 - 2019. Página 16





Elaborado por: OGPPM MINSA, PEI 2017 – 2019. Páginas 15 y 16.

A efectos de los fines del presente Informe, se tomarán en cuenta los citados Pilares, al analizar los resultados obtenidos, a efectos de enmarcar los mismos dentro de los cuatro Pilares.



3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS: RESULTADOS Y ANÁLISIS

Respecto a la formulación del Plan Estratégico Sectorial del Ministerio de Salud para el periodo 2012 – 2016 MINSAL, es necesario señalar que además del marco estratégico de política para el Sector Salud, referenciado en los numerales previos, se establecieron en el mismo documento de gestión, las cinco siguientes prioridades de Política en Salud para el periodo citado, definidas por el Gobierno de turno en el marco de la inclusión social¹⁹:

- *Atención Primaria y mejora de los servicios de salud.*
 - ✓ *Fortalecer la atención primaria de salud, invirtiendo en 747 establecimientos estratégicos, en alianza con Gobiernos Regionales, al 2016.*
 - ✓ *Promover un programa de mejora de calidad de atención y medición del desempeño del prestador, en articulación con vigilancia ciudadana.*
 - ✓ *Fortalecer la estrategia de atención itinerante de la población dispersa.*
- *Recursos Humanos calificados y asignados con calidad*
 - ✓ *Cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria concordante con la implementación del plan de inversión.*
 - ✓ *Generar incentivos remunerativos y profesionales para atención de establecimientos más alejados y de fronteras.*
- *Acceso a servicios especializados*
 - ✓ *Expandir la atención de consulta especializada en las capitales de regiones y de provincias con mayor demanda.*
 - ✓ *Implementar un programa sostenido de modernización hospitalaria.*
 - ✓ *Unificación y desarrollo de los Sistemas de Información Hospitalaria.*
 - ✓ *Elevar la calidad de la atención hospitalaria de mayor complejidad.*
 - ✓ *Medición de la percepción del usuario de la calidad del servicio.*
 - ✓ *Expansión de la "Iniciativa Agosto".*
 - ✓ *Implementación de estrategias para reducir el tiempo de espera.*
 - ✓ *Impulsar y expandir el Servicio de Atención Móvil de Urgencias – SAMU.*
- *Financiamiento de la Salud*
 - ✓ *Incrementar la cobertura de aseguramiento.*
 - ✓ *Fortalecer el Seguro Integral de Salud.*

¹⁹ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del Ministerio de Salud. Pag. 30 y 31



- ✓ *Fortalecer el FISSAL*
 - ✓ *Implementación progresiva de mecanismos de intercambio y compra de servicios a través del SIS y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para servicios especializados y de primer nivel.*
- *Rectoría del Sector de Salud*
 - ✓ *Adaptar la organización a los nuevos roles institucionales para mejorar el desempeño de la rectoría sectorial.*
 - ✓ *Potenciar las áreas de planeamiento y formulación de políticas, monitoreo y evaluación y de análisis de información.*

Es así, que en atención a las Políticas en materia de Salud definidas en el Acuerdo Nacional y en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020 y las citadas prioridades del Gobierno de turno en relación a la Política de Salud en el país, se formularon para el Pliego Ministerio de Salud, los siguientes seis Objetivos Estratégicos Institucionales:

- *Objetivo Estratégico Institucional 1: Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.*
- *Objetivo Estratégico Institucional 2: Reducir la morbimortalidad materno neonatal en la población más vulnerable.*
- *Objetivo Estratégico Institucional 3: Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.*
- *Objetivo Estratégico Institucional: Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.*
- *Objetivo Estratégico Institucional 5: Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.*
- *Objetivo Estratégico Institucional 6: Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión.*

Según se puede advertir, los cuatro primeros Objetivos Estratégicos Institucionales se referían directamente al cumplimiento de metas en materia sanitaria, los mismos que conforme se ha señalado previamente, resultan concordantes a las metas de política nacional vigente al momento de la formulación del Plan Estratégico en evaluación (Acuerdo Nacional, Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020). Asimismo, los dos últimos Objetivos Estratégicos señalados, incidieron en la mejora de gestión y el fortalecimiento del Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud en el Estado Peruano, buscando fortalecer la autoridad del Ministerio a nivel nacional.

Finalmente, resulta pertinente señalar que conforme se definió en el PEI 2012 – 2016 MINSA, con la formulación de este Plan Estratégico se buscaba asegurar el cumplimiento de las metas de los indicadores que se propusieron, los mismos que se proceden a analizar en los numerales siguientes²⁰.



²⁰ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del Ministerio de Salud. Pag. 31

3.1. OBJETIVO 1: REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE.

Establecer la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, como política nacional tiene un claro propósito de contribuir al desarrollo del país, por cuanto la desnutrición infantil, especialmente la desnutrición crónica en esta etapa de vida, tiene consecuencias irreversibles para la persona, que no sólo se manifiestan en la baja talla en relación a la edad, sino que además, limita para siempre las capacidades físicas, emocionales e intelectuales, reduciendo con ello, a largo plazo, la productividad de la persona²¹. En consecuencia, *“Combatir la desnutrición crónica implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo del país.”*²²

Conociendo la importancia de este Objetivo Estratégico Institucional, se proceden a señalar los siguientes cinco Objetivos Específicos que se formularon para el mismo, en el PEI 2012 – 2016 MINSA: 1) *Haber tomado todas las medidas orientadas a la reducción de la Mortalidad Infantil*, 2) *Haber conseguido reducir la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años*, 3) *Haber combatido exitosamente la incidencia de IRAS en menores de 36 meses*, 4) *Haber extendido la cobertura de vacunaciones*, 5) *Haber reducido la incidencia de las enfermedades diarreicas (EDAS) entre niños y niñas tanto en el área urbana como en la rural, habiendo dado mayor énfasis a los departamentos de la región selva.*²³

Para los citados cinco Objetivos Específicos, se definieron cuatro indicadores de resultado que se muestran en el cuadro n° 1, advirtiéndose que se establecieron indicadores relacionados a la reducción de la mortalidad infantil, reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, la incidencia de IRAS en menores de 36 meses; y, la incidencia de las enfermedades diarreicas (EDAS). Sin embargo, no se formuló un indicador que mida directamente la cobertura de vacunaciones.

Al respecto y a efectos de entender la razones que habrían justificado la determinación de los cuatro indicadores planteados para este Objetivo Estratégico Institucional, resulta pertinente señalar que entre los factores causales (causas) directos de la Desnutrición crónica se encuentran la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso, especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales; y, entre las causas indirectas se encuentran la ausencia de la lactancia materna (principalmente durante los primeros 6 meses de vida, siendo recomendado que la lactancia sea exclusiva en este periodo) y el lavado de las manos (referido a adecuadas prácticas de higiene), ambas causas indirectas se relacionan a las acciones que podrían prevenir la morbilidad e incluso la mortalidad por enfermedades gastrointestinales o respiratorias.²⁴

²¹ Anexo 02 del Programa Presupuestal 0001 - Programa Articulado Nutricional. Año 2017. Pag. 4

²² Ibidem

²³ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del pliego MINSA, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 666-201/MINSA. Pag. 32

²⁴ Anexo 2 del Programa Presupuestal 0001 - Programa Articulado Nutricional. Año 2017



Cuadro N° 1

Objetivo Estratégico General Institucional N° 01

N°	Objetivos Estratégicos Generales Institucionales	Indicador	Órganos que brindan información.*
1	Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.	Indicador 1.1: Tasa de Mortalidad Infantil. Indicador 1.2: Tasa de Desnutrición Crónica Infantil. Indicador 1.3: Proporción de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 36 meses. Indicador 1.4: Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó a las Oficina Generales o Direcciones que podrían poseer información referida al monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: El O.E. y sus indicadores han sido tomados del PEI 2012 - 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA.

Explicado lo anterior, se procede a señalar que conforme a los resultados de los indicadores propuestos, el indicador que mide directamente la desnutrición crónica infantil muestra resultados positivos en relación a la Tasa establecida como línea de base en el año 2012, ya que de 18.3% se redujo a 13.5% al final del año 2016, resultado que es importante resaltar a pesar de que respecto a la meta planificada en el PEI 2012 - 2016 MINSA, no se habría alcanzado la reducción al 13% (Ver cuadro n° 2).

Respecto a lo planificado para el Objetivo Estratégico Institucional en su conjunto, sólo se ha verificado que el indicador referido a la tasa de mortalidad infantil, alcanzó y superó la meta establecida. A los resultados mostrados es pertinente señalar que los indicadores propuestos así como la fuente de información (ENDES INEI) para los mismos, responden a la participación y acciones de los tres niveles de Gobierno, correspondiendo al Pliego Ministerio de Salud, básicamente promover los esfuerzos hacia el logro de la política, desde su función rectora. Por ello, es recomendable que en los siguientes Planes Estratégicos Institucionales, por tratarse de instrumentos de gestión de un Pliego y no de un Sector de Gobierno, se establezcan indicadores que midan en principio el accionar directo del Pliego Ministerio de Salud, sin perjuicio de la medición que pueda realizarse a los indicadores de carácter nacional. Tomando en cuenta lo mencionado, se procede a señalar los resultados para los indicadores establecidos:



Cuadro N° 2

Resultados al final del periodo - Objetivo Estratégico General Institucional N° 01

"Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable."

Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados - Periodo 2012 - 2016			
		Línea de Base	Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
Indicador 1.1: Tasa de Mortalidad Infantil.	Por mil nacidos vivos	20 por mil nacidos vivos	16 por mil nacidos vivos (2016)	15 por mil nacidos vivos (*)	125.00
Indicador 1.2: Tasa de Desnutrición Crónica Infantil.	Porcentaje	18.3% INEI-ENDES 2009	Reducir la Desnutrición Crónica Infantil a 13% (2016)	13,5% (**)	90.57
Indicador 1.3: Proporción de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 36 meses.	Porcentaje	17.8%	Reducir las IRAS a 13.3% (2016)	18.40%	Menor a 1%
Indicador 1.4: Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses.	Porcentaje	17.6%	Reducir las EDAS a 14% (2016)	16.70%	25.00

Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa e información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

(*) Fuente de información : ENDES -I Semestre 2016; TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2015

(**) Fuente de información : ENDES -I Semestre 2016; PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Indicador 1.1: Tasa de Mortalidad Infantil

Para el indicador referido a la reducción de la tasa de mortalidad infantil, se superó la meta prevista (Ver cuadro N° 02), mostrando además una evolución positiva respecto a la línea de base determinada en 20 por mil nacidos vivos (INEI-ENDES-2009)²⁵, tal y como se puede verificar en el cuadro N° 03. Asimismo, es importante señalar que la tasa de mortalidad infantil, descendió en un 25% respecto a la línea de base (Se buscaba reducir en cuatro el número de muertes por cada mil, sin embargo se redujo en cinco) (Ver cuadros N° 02 y 03).

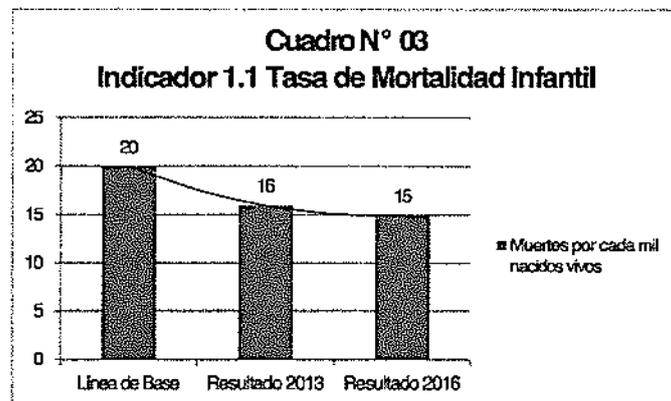
En relación a este indicador, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, señaló que entre las acciones adoptadas por el Pliego²⁶, para superar los problemas que se afrontan para reducir la tasa de mortalidad infantil se encuentran: el fortalecimiento de la atención inmediata del recién nacido, el control de

²⁵ Tomado del PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 666-2013/MINSa

²⁶ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSa



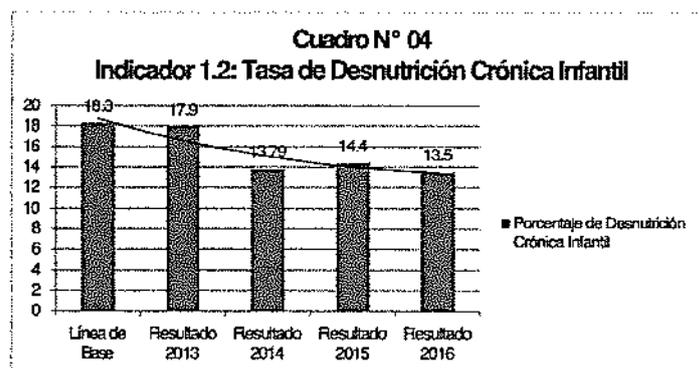
CRED²⁷, énfasis en la vacunación contra el Rotavirus y el Neumococo, inclusión de suplementos de micronutrientes para luchar contra la desnutrición y contribuir a la supervivencia de la infancia, orientación en alimentación infantil; y, fomento de la lactancia materna.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa, informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Indicador 1.2: Tasa de Desnutrición Crónica Infantil

Para el indicador “Tasa de Desnutrición Crónica Infantil”, se planteó una reducción de 18.3% a 13% al final del año 2016, es decir, reducir la desnutrición crónica infantil en 5.3 puntos porcentuales. Los resultados muestran que a finales del 2016, se redujo a 13.5%, porcentaje superior en 0.5 respecto al previsto en el PEI 2012 – 2016 MINSa, implicando una ejecución de 90.57% respecto a la meta programada. Sin embargo, si bien para este indicador no se alcanzó el 100% de la meta prevista, se advierte una evolución positiva respecto a la línea de base determinada en 18.3% (INDEI-ENDES-2009), tal y como se puede apreciar en el Cuadro N° 04.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa, informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



²⁷ El Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), es el control de salud periódico de niños y niñas menores de cinco años de edad.

Es preciso señalar que la reducción de 4.8 puntos porcentuales respecto a la línea de base, representa una disminución de 26.2% de la desnutrición crónica infantil, al final del periodo evaluado.

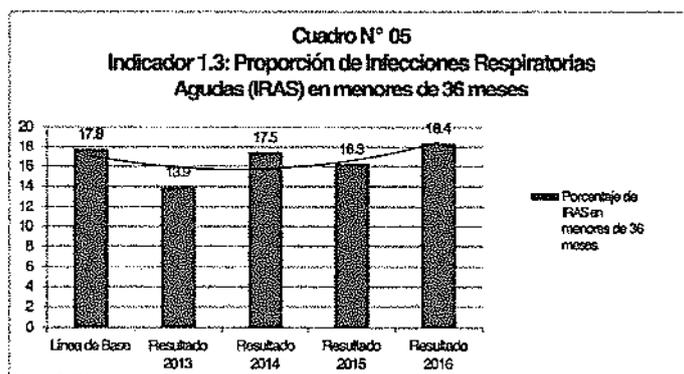
Según la información proporcionada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP²⁸, no se habría alcanzado la meta programada debido a "*Múltiples factores, relacionados directamente con la ingesta de alimentos y la salud del niño, como son la incidencia de bajo peso al nacer, la elevada morbilidad por enfermedades infecciosas, la deficiencia de consumo de micronutrientes, así como las condiciones físicas y sociales del ambiente, educación, acceso a información, estado de salud de la madre, ingreso familiar, condiciones de trabajo, entre otros determinantes sociales*"²⁹.

Por otro lado, a fin de disminuir la tasa de desnutrición crónica infantil, en el 2014, se formuló el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de la Anemia 2014-2016 aprobado con RM N° 258-2014/MINSA, el cual consideraba el fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial.

Indicador 1.3: Proporción de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 36 meses

Para el indicador referido a la reducción de las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en menores de 36 meses; se verifica que el impacto al final del periodo no ha sido el esperado (Ver cuadro N° 05), ello a pesar de que en el Informe de desempeño del PEI para el año 2013, se advirtió una mejora significativa del indicador, muy cercana a la meta esperada para el quinquenio (13.9%)³⁰.

Los datos muestran que al final del quinquenio, existe un incremento de 0.6 puntos porcentuales para el porcentaje de IRAS en menores de 36 meses, lo que significa un aumento del 3.37% de las IRAS en relación a la línea de Base.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pñego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

²⁸ Reunión sostenida el 23 de mayo de 2017, con servidores y funcionarios de DGIESP y OPEE del MINSA.

²⁹ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

³⁰ Informe de desempeño del año 2013 – Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016. Pag. 23



Sobre el particular, al efectuarse la consulta a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, respecto a los problemas presentados para este indicador, señalaron que eran los siguientes: "*Debilidad en la Gestión del presupuesto a nivel de unidades ejecutoras*" y "*Presencia de Heladas y Frijes así como otros desastres naturales que incrementan la incidencia de las IRAS.*"³¹ La debilidad señalada la habrían advertido especialmente en el nivel de gobierno regional y local, señalando que es en estos niveles en los que se requiere reforzar la necesidad de gestionar adecuadamente los recursos presupuestales que se les asigna, ya que habrían detectado casos en los que el presupuesto se estaría destinando a propósitos distintos a los asignados.

Ante la advertencia de esta problemática, la respuesta o acciones adoptadas por el Pliego³², para superar el problema citado ha sido el "*Fortalecimiento de Capacidades en los decisores en el manejo presupuestal*"; y, la formulación del "*Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres del MINSA ante la Temporada de las bajas temperaturas, 2016-2017 aprobado con R.M. N° 315 - 2016/MINSA*".³³

Indicador 1.4: Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses.

Para el indicador con el que se buscaba medir la reducción de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en menores de 36 meses, se había propuesto como meta para el final del quinquenio, reducir los valores del indicador de 17.6% a 14%; lo que es equivalente a una reducción en 3.6%. Sin embargo, los resultados muestran la reducción a 16.70%, es decir, se logró disminuir los valores del indicador en análisis en 0.9 % (Ver cuadro N° 02) %, lo cual significa que se alcanzó 25% del valor programado.

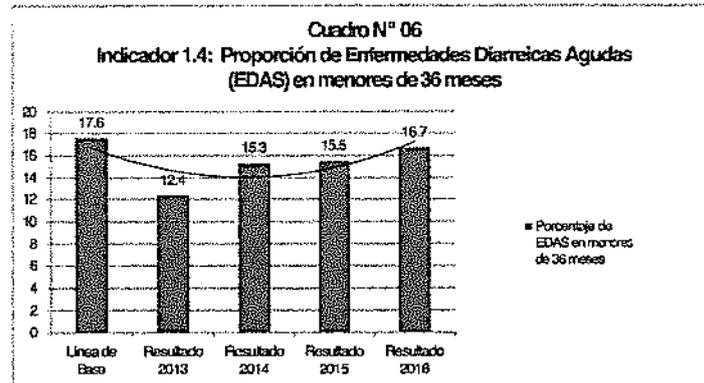
Asimismo, se verifica que aunque el desempeño respecto a la meta para el quinquenio no ha sido el esperado, si existe una evolución positiva respecto a la Línea de Base, toda vez que el citado 0.9% de reducción, muestra que al 2016, en relación a la línea de base, se ha reducido en un 5.11% la proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses. (Ver cuadro N° 06).



³¹ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

³² Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

³³ Ibidem



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 866-2013/MINSA, informes de desempeño del PEI, Información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Respecto a estos dos últimos indicadores, es importante señalar que *"la mayoría de casos de desnutrición crónica están asociados a la elevada carga de morbilidad por infecciones (...)"*³⁴ (principalmente infección respiratoria aguda – IRA y enfermedad diarreica aguda - EDA) en los niños entre los 6 y 24 meses de edad; encontrándose a su vez, las EDAS y las IRAS muy relacionadas a las practicas inadecuadas en el cuidado de los niños (inadecuada higiene, lactancia materna no exclusiva o la falta de la misma) y las deficiencias en la calidad y cantidad de la dieta, con el consecuente déficit de micronutrientes (especialmente de Zinc y Hierro).³⁵

³⁴ Anexo 02 del Programa Presupuestal 0001 - Programa Articulado Nutricional. Año 2017. Pag.22

³⁵ Ibidem



3.2. OBJETIVO 2: REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNO NEONATAL EN LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE.

Este Objetivo Estratégico busca atender dos de las mayores inequidades detectadas en el Perú, relativas a la elevada razón de mortalidad materna y elevada tasa de mortalidad neonatal, ambas "superiores a la de países desarrollados y que evidencian un mayor riesgo de las madres y neonatos de zonas rurales y de bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud"³⁶.

Los Objetivos Específicos que se formularon en el PEI 2012 – 2016 MINSA, fueron los siguientes cinco: 1) *Haber aumentado la cobertura de partos institucionales en gestantes procedentes de zonas rurales*, 2) *Haber conseguido un aumento de la cobertura de la atención prenatal en el primer trimestre de embarazo*, 3) *Haber asegurado que los servicios de salud cuenten con la infraestructura suficiente, bien equipada, con profesionales de salud calificados que atiende parto institucional y atención de las complicaciones*, 4) *Haber conseguido eliminar los obstáculos normativos que impiden el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y haber desarrollado un programa de abordaje intersectorial, aprovechando el capital social (organizaciones de madres) para disminuir los embarazos en adolescente*, 5) *Haber tomado todas las medidas orientadas a la reducción de la Mortalidad Neonatal y Mortalidad Infantil*.³⁷

Al respecto, es preciso señalar que entre las causas directas de la mortalidad y morbilidad materna se encuentran³⁸: La Hemorragia post parto (principal causa obstétrica directa de muerte materna), la pre-eclampsia y eclampsia (Trastornos hipertensivos del embarazo), sepsis (la sepsis en las mujeres embarazadas es el resultado, principalmente de infecciones pélvicas como endometritis, infección en la herida quirúrgica, aborto séptico o infecciones del tracto urinario), práctica insegura de abortos (debido sobretodo al alto riesgo de hemorragia e infección), infecciones maternas (infección gérito uterina) y el régimen alimentario inadecuado (debido al riesgo de parto pre-término y al riesgo de bajo peso en el recién nacido); y, entre las causas directas principales de la mortalidad y morbilidad neonatal, se encuentran: Infecciones en periodo neonatal, Asfixia (Por el daño que produce especialmente en el Sistema Nervioso Central donde se produce la injuria más relevante con consecuencias mortales o secuelas en el neonato), Ruptura prematura de membrana (Asociado al riesgo de muerte pos neonatal), Síndrome de dificultad respiratorio (Riesgo asociado a los niños que nacieron a las 37 - 38 semanas), Embarazo precoz (el embarazo adolescente está asociado con un incremento de riesgo de muerte fetal y neonatal, parto pre-término, bajo peso al nacer y asfixia), Edad materna (el riesgo de bajo peso en el recién nacido es mayor cuando menor es la edad de la madre), anomalía de implantación placentaria (mayor riesgo de parto prematuro).³⁹

Precisadas las principales causas de morbilidad materna y neonatal, se procede a analizar los resultados para este segundo Objetivo Estratégico Institucional, respecto al cual se definieron los ocho indicadores de resultado que se muestran en el cuadro n° 7:



³⁶ Anexo 02 del Programa Presupuestal 0002 - Salud Materno Neonatal. Año 2017. Pag. 8

³⁷ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 del pliego MINSA, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 666-2011/MINSA. Pag. 33

³⁸ Anexo 2 – Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Año 2017

³⁹ Anexo 2 – Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Año 2017

Cuadro N° 7

Objetivo Estratégico General Institucional N° 02

N°	Objetivos Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
2	Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable.	Indicador 2.1: Razón de Mortalidad Materna.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 2.2: Tasa de Mortalidad Neonatal.	
		Indicador 2.3: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales.	
		Indicador 2.4: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.	
		Indicador 2.5: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación.	
		Indicador 2.6: Proporción de Recién Nacidos Vivos con edad gestacional menor de 37 semanas.	
		Indicador 2.7: Proporción de Mujeres con no demanda satisfecha de métodos de planificación familiar.	
		Indicador 2.8: % de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con Infraestructura adecuada y bien equipada.	

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó a las Oficina Generales o Direcciones que podrían poseer información referida al monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: El O.E. y sus indicadores han sido tomados del PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA.

Al igual que con el Objetivo Estratégico Institucional n° 01, es pertinente señalar que los indicadores propuestos así como la fuente de información (ENDES INEI) para los mismos, responden a la participación y acciones de los tres niveles de Gobierno, correspondiendo al Pliego Ministerio de Salud, básicamente promover los esfuerzos hacia el logro de la política, desde su función rectora. Por ello, la recomendación para los siguientes Planes Estratégicos Institucionales es la misma, que por tratarse de instrumentos de gestión de un Pliego y no de un Sector de Gobierno, se establezcan indicadores que midan en principio el accionar directo del Pliego Ministerio de Salud, sin perjuicio de la medición que pueda realizarse a los indicadores de carácter nacional. Adviértase además que no fue posible realizar la comparación de tres (*Tasa de Mortalidad Neonatal, Proporción de Mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar, % de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con Infraestructura adecuada y bien equipada*) de los ocho indicadores, situación que también requiere ser mejorada en los siguientes Planes Estratégicos, efectuando las modificaciones que se requieran al PEI, al momento en que se detecten cambios que pudieran impedir el seguimiento de las metas propuestas.

Tomando en consideración lo señalado, se procede a analizar en los siguientes párrafos, cada uno de los indicadores para el Objetivo Estratégico Institucional 2: Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable.



Cuadro N° 8

Resultados al final del periodo - Objetivo Estratégico General Institucional N° 02

"Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable"

Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados - Periodo 2012 - 2016			
		Línea de Base	Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
Indicador 2.1: Razón de Mortalidad Materna.	Muertes por cien mil nacidos vivos	93 por cien mil nacidos vivos (INEI - ENDES 2010)	66 x100,000 n.v.	WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank en el 2015, el Perú está con razón de mortalidad materna de 68 x 100,000 nacidos vivos, es decir, se redujo en un 72% la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio	92.59
Indicador 2.2:Tasa de Mortalidad Neonatal.	Muertes por cada 1000 nacidos vivos	8 por mil nacidos vivos (INEI-ENDES 2011)	No determinado correctamente	10 x 1000 RNV (*****)	-
Indicador 2.3: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales.	Porcentaje	64.20% en área rural (INEI - ENDES 2011)	75% de partos institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales para el año 2016	75.60%	100.80
Indicador 2.4: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.	Porcentaje	8.20% (INEI - ENDES 2011)	12% 2016	12.90%	107.50
Indicador 2.5: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación.	Porcentaje	74.90% (INEI - ENDES 2011)	76% 2016	79.90%	105.13
Indicador 2.6: Proporción de Recién Nacidos Vivos con edad gestacional menor de 37 semanas.	Porcentaje	16.20% (INEI - ENDES 2010)	10% 2016	20.3 (*****)	Menor a 1%
Indicador 2.7: Proporción de Mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar.	Porcentaje	6.1% (INEI - ENDES 2011)	No determinado correctamente	6.1%	0.00
Indicador 2.8: % de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con Infraestructura adecuada y bien equipada.	Porcentaje	Resultados de evaluación externa de capacidad resolutiva según Funciones Obstétricas y Neonatales	Establecimientos de Salud con más del 90% de capacidad resolutiva para la atención de las Funciones Obstétricas: FONB: 50% (2016) FONE: 50% (2016)	Se evaluaron 619 FONB logrando el 23.3% (2015) Se evaluaron 136 FONE I logrando el 47.1% (2015) Se evaluaron 45 FONE logrando el 50% (2015) Se evaluó 01 FONI	No comparable debido a cambios en la clasificación de los establecimientos de salud,



	<p>(FON) - ENESA (Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud) 2009 y 2010 (INEI)</p> <p>- 343 Establecimientos de Salud evaluados de los cuáles 282 son FONB (Funciones Obstétricas Neonatales Básicas) y solo uno calificó con más del 80% de capacidad resolutive; 55 Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (FONE) ninguno alcanzó un umbral de 90% de capacidad resolutive. Y 6 Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas Neonatales Intensivas (FONI): ninguno alcanzó un umbral de 90% de capacidad resolutive.</p>	<p>FONI: 50% (2016)</p>	<p>logrando el 50% (2015)</p>	<p>según funciones obstétricas y neonatales. (R.M. 853-2012/MINSA de fecha 24.10.12)</p>
--	--	-------------------------	-------------------------------	--

Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA e información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

(*****) Fuente de Información : ENDES -I Semestre 2016- Tasa de Moratidad Neonatal en los 5 años anteriores a la encuesta (año 2015)

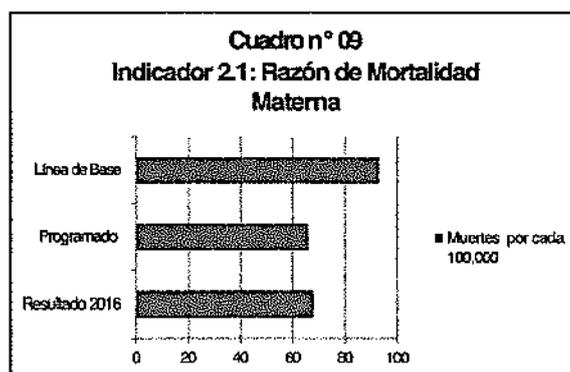
(*****) Fuente de Información : ENDES -I Semestre 2016- Proporción de Recién Nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas en los 5 años anteriores a la encuesta



Indicador 2.1: Razón de Mortalidad Materna

Para el indicador con el que se buscaba medir la Razón de Mortalidad Materna, se había propuesto como meta para el final del quinquenio, reducir los valores del indicador de 93 a 66 el número de muertes por cada mil nacidos vivos, lo que es equivalente a una reducción de 27 defunciones por cada cien mil nacidos vivos. Al respecto, los últimos resultados obtenidos en el año 2016, muestran que el número de defunciones habría decrecido a 68 muertes por cada cien mil nacidos vivos. Por ello, respecto a la meta programada, se habría avanzado en un 92.59%, sin embargo, toda vez que faltó disminuir en un número de dos (02) las defunciones, los resultados respecto a la línea de base son positivos, ya que los valores muestran que para esta tasa, existe una reducción en el número de muertes de 27 a 25 dentro del periodo 2012 - 2016. (Ver cuadro N° 09). Es importante señalar que la fuente de información era ENDES del INEI, sin embargo, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública proporcionó información de la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial.

Conforme se ha señalado, si bien, el indicador denominado “Razón de mortalidad materna”, no alcanzó la meta propuesta en el PEI 2012 – 2016 MINSA, la evolución del mismo en relación a la Línea de Base, sí muestra una mejora significativa, toda vez que de las 93 muertes maternas por cada 100,000 se habría reducido a 68 en el quinquenio (Ver cuadro n° 09). Al respecto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, señaló que uno de los problemas que habría dificultado un mejor desempeño del indicador, es la “Pérdida de la rectoría del MINSA en cuanto al Comité Nacional de Muerte Materna”⁴⁰, recomendando la misma Dirección General, que al respecto se proceda a “Recuperar la rectoría, consolidar y hacer cumplir las acciones presentadas por el Comité Nacional de Muerte Materna en cada región; y, mejorar las coberturas en apoyo del diagnóstico, identificar los factores de riesgo y referir a las gestantes según el FON, fortalecer las visitas domiciliarias a las gestantes.”



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 668-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, Información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



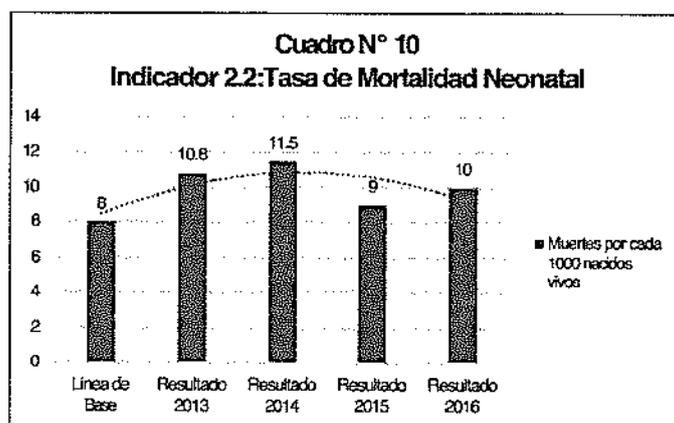
⁴⁰ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

Indicador 2.2: Tasa de Mortalidad Neonatal.

Para el indicador medir la Tasa de Mortalidad Neonatal, se había propuesto como meta para el final del quinquenio, reducir los valores del indicador de 8.7 a 7.2 el número de muertes por cada mil nacidos vivos, de acuerdo a lo establecido en el PEI 2012 – 2016 MINSA, sin embargo, habría un error material en la línea de Base, toda vez que se ha verificado que el ENDES 2011 señaló que la tasa de mortalidad neonatal era de 8, el número de muertes por cada mil nacidos vivos. Al respecto, toda vez que no se conoce si la reducción programada en 7.2 equivale a una reducción a siete (07) o a dos (02), se hace únicamente un análisis de la evolución del indicador, lo que se muestra en el Cuadro N° 10.

Por los motivos señalados en el párrafo anterior, no es posible establecer en qué porcentaje se cumplió o no lo programado. Sin embargo, puede advertirse que el número de defunciones ha aumentado respecto a la línea de Base, lo que se traduce una situación que requiere ser revertida por cuanto la tendencia para este indicador debería ser la reducción. Los datos muestran que al final del quinquenio se habría incremento en dos (02), el número de defunciones por cada mil nacidos vivos dentro del periodo 2012 - 2016. (Ver cuadro N° 10).

La situación descrita requiere de acciones inmediatas que permitan la mejora. Al consultar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, respecto a esta situación, se puede advertir que el problema principal habría sido la cantidad insuficiente de recursos destinados a este propósito.⁴¹ Es decir, a pesar del incremento en los recursos para el Programa Presupuestal correspondiente, que se verá en los numerales siguientes de este informe, el presupuesto asignado no habría sido suficiente o requeriría de esfuerzos de focalización y/o priorización del gasto redireccionándolo a actividades y productos que mayor impacto para este indicador.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pñego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

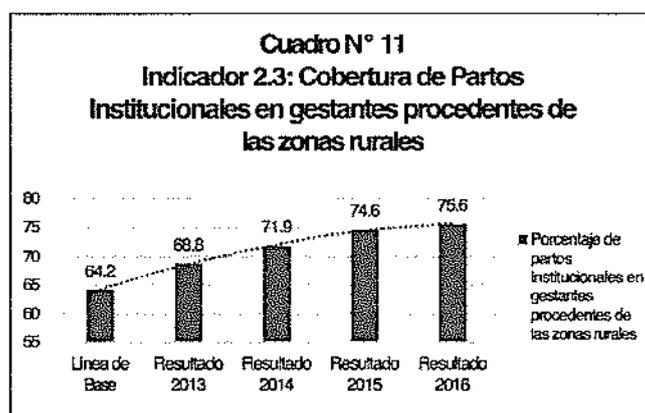
⁴¹ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA



Indicador 2.3: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales.

Para el indicador con el que se buscaba medir el aumento en la cobertura de partos institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales, se había propuesto como meta para el final del quinquenio, incrementar los valores del indicador de 64.20% a 75%; lo que es equivalente a un aumento en 10.8% de la cobertura. Sin embargo, los resultados muestran el incremento de la cobertura en 11.4%, es decir, se logró aumentar los valores del indicador en análisis a 75.60 % (Ver cuadro N° 11) %, lo cual significa que se alcanzó 100.80% del valor programado.

Asimismo, se verifica que existe una evolución positiva respecto a la Línea de Base, toda vez que el citado 11.4% de incremento de la cobertura, muestra que al 2016, en relación a la línea de base, se ha mejorado en un 17.75% la cobertura de partos institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales. (Ver cuadro N° 11).



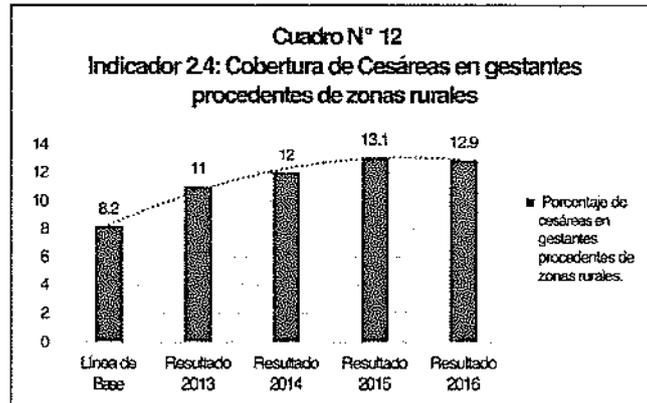
Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 868-2013/MINSa. Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Indicador 2.4: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.

Respecto al indicador “Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales”, el propósito era medir el aumento en la cobertura, habiéndose propuesto como meta para el final del quinquenio, incrementar los valores del indicador de 8.20% a 12%; lo que es equivalente a un aumento en 3.8% de la cobertura. Sin embargo, los resultados obtenidos en el 2016 muestran el incremento de la cobertura en 4.7%, es decir, se logró aumentar los valores del indicador en análisis a 12.90 % (Ver cuadro N° 12) %, lo cual significa que se alcanzó 107.50% del valor programado.

Asimismo, se verifica que existe una evolución positiva respecto a la Línea de Base, toda vez que el citado 4.7% de incremento de la cobertura, muestra que al 2016, en relación a la línea de base, se ha mejorado en un 57.3% la cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.





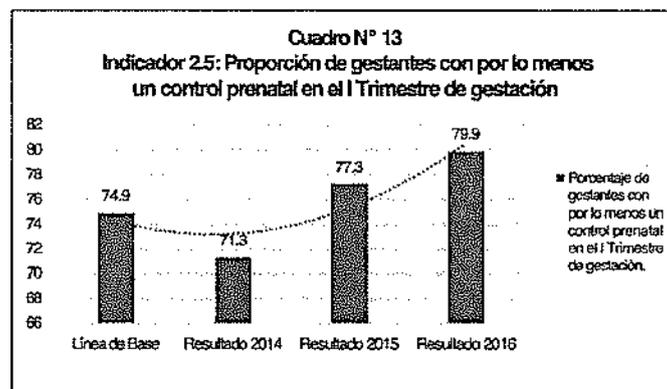
Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Los indicadores referidos a la cobertura de partos institucionales, cesáreas en gestantes procedentes de las zonas rurales; y, proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el primer trimestre de gestación; alcanzaron y superaron las meta planificadas y conforme se aprecia en los cuadros n° 11 y 12 la evolución de los dos indicadores citados, durante el quinquenio ha sido sostenida.

Indicador 2.5: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación.

Para el indicador con el que se buscaba medir el aumento de la proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación, se había propuesto como meta para el final del quinquenio, incrementar los valores del indicador de 74.9% a 76%; lo que es equivalente a un incremento 1.1%. Sin embargo, los resultados muestran un incremento mucho más favorable, con un resultado de 79.90, lo cual significa que se alcanzó el 105.13 % del valor programado.

Este incremento en 5% del aumento del número de gestantes, equivalente a un crecimiento 6.67% respecto a la línea de base. (Ver cuadro N° 13)

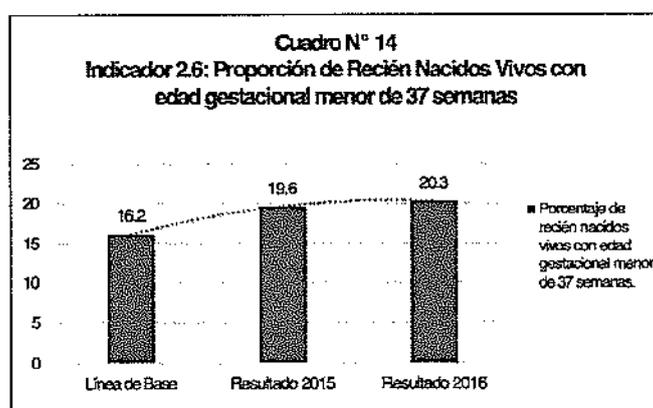


Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



Indicador 2.6: Proporción de Recién Nacidos Vivos con edad gestacional menor de 37 semanas

La meta respecto a este indicador buscaba la reducción de sus valores, de un porcentaje de 16.20% de recién nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas, a un porcentaje equivalente a 10%; lo que es equivalente a una reducción de 6.2 puntos porcentuales. Sin embargo, los resultados muestran un resultado contrario al programado por cuanto la proporción se incrementó a 20.3%. Por tanto, se verifica un aumento de 4.1% de recién nacidos vivos con edad gestacional no menor a 37 semanas, lo que equivale a un incremento de 25.31% respecto a la línea de base. (Ver cuadro N° 14)



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, Información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

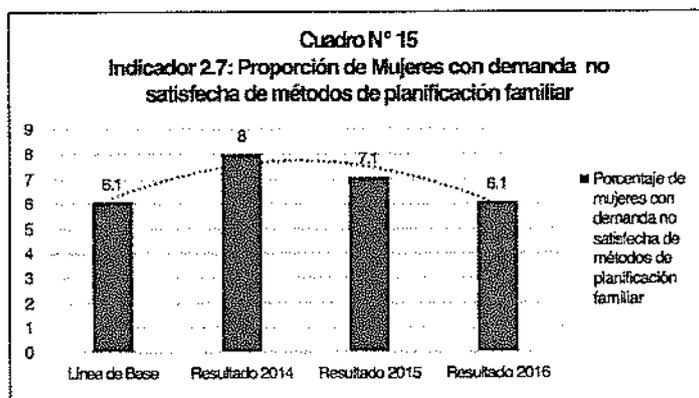
Al igual que resultan preocupantes los valores negativos para el indicador “Tasa de mortalidad neonatal”, también debe prestarse atención del indicador “*Proporción de recién nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas*”, por cuanto la situación sanitaria no habría mejorado. Se sugiere continuar con las actividades para el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los profesionales de la salud a nivel nacional. Conforme ha sido referido por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública⁴², en este esfuerzo, durante el período 2015-2016, se capacitó a 2744 profesionales de la salud, siendo necesario continuar con este tipo de acciones.



⁴² Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

Indicador 2.7: Proporción de Mujeres con no demanda satisfecha de métodos de planificación familiar

Para este indicador, se había programado como meta para el final del quinquenio, reducir los valores del indicador de 6.1% a 7.0%, de acuerdo a lo establecido en el PEI 2012 – 2016 MINSA, sin embargo, habría un error material en el valor programado, ya que las medidas de política relacionadas, lo que buscan a corto, mediano y largo plazo, es la reducción de la demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar. Al respecto, toda vez que no se conoce con exactitud el estimado del porcentaje de reducción que se habría determinado en la programación del PEI 2012 – 2016 MINSA, se hace únicamente un análisis de la evolución y la situación actual del indicador. En el Cuadro N° 15, se muestran los resultados para los años 2014, 2015 y 2016, verificando que aunque al año 2014 hubo un incremento de casi 2 puntos porcentuales de la demanda no satisfecha de planificación familiar, al año 2016 no hay variación respecto a la línea de base. En relación a este resultado, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública⁴³, señaló que *“el indicador no se ha movido aunque se viene capacitando permanentemente a los profesionales de salud a nivel nacional, se mantiene una brecha de mujeres en edad fértil que no tiene acceso a los métodos anticonceptivos”;* y, *“(…) subsisten brechas en la población rural y la población del quintil más pobre. Actualmente el MINSA ha ampliado la gama de métodos anticonceptivos con el condón femenino, inyectable mensual e implante”⁴⁴.*



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 686-2013/MINSA, informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Indicador 2.8: % de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con infraestructura adecuada y bien equipada.

Resulta importante señalar que para el indicador denominado *“porcentaje de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con infraestructura adecuada*

⁴³ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

⁴⁴ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA



y bien equipada”, la línea de base se planteó tomando en cuenta los resultados de evaluación externa de capacidad resolutive según Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) - ENESA (Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud - INEI) 2009 y 2010. Asimismo, se programó al 2016 que el 50% de Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas Neonatales clasificados como FONB, FONE y FONI, alcanzarían un porcentaje superior al 90% de capacidad resolutive para la atención de las Funciones Obstétricas. Sin embargo, en el año 2012, mediante Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA de fecha 24 de octubre de 2012, se aprobaron cambios en la clasificación de los establecimientos de salud según Funciones Obstétricas y Neonatales, lo que ha generado que los resultados al final del periodo de vigencia del PEI 2012 – 2016 MINSA, en estricto, no puedan ser comparables con la línea de base, ya que el citado documento normativo distingue las Funciones Obstétricas y Neonatales en las siguientes⁴⁵:

- Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)
- Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

- Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)
 - ☐ FONE I
 - ☐ FONE II
- Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)

Tomando en cuenta lo mencionado, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública⁴⁶, ha señalado que al año 2015, se han obtenido los siguientes resultados:

- ☐ Se evaluaron 619 FONB mostrando como resultado, que el 23.3% alcanzó un porcentaje superior al 90% de capacidad resolutive para la atención de las Funciones Obstétricas.
- ☐ Asimismo, de los 136 FONE I que se evaluaron, se obtuvo que el 47.1% alcanzó un porcentaje superior al 90% de capacidad resolutive para la atención de las Funciones Obstétricas,
- ☐ De la evaluación realizada a 45 FONE resultó que el 50% obtuvo un porcentaje superior al 90% de capacidad resolutive para la atención de las Funciones Obstétricas; y,
- ☐ Asimismo, se evaluó el único (01) establecimiento de salud clasificado con Función Obstétrica Neonatal Intensiva - FONI⁴⁷ logrando el 50% (2015).



⁴⁵ Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud. Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA. Pag. 4

⁴⁶ Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

⁴⁷ Equivalente al universo de la clasificación FONI, ya que sólo existe en la actualidad un establecimiento de salud con esta categoría, siendo éste el Instituto Nacional Materno Perinatal del Departamento de Lima. Fuente: Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales 2015 – INEI.

Resultados que mostrarían buenos resultados al final del quinquenio, para la categoría FONE, respecto a los cuáles, un porcentaje cercano al 50%, habría alcanzado un porcentaje superior al 90% de capacidad resolutive para la atención de las Funciones Obstétricas.

Asimismo, respecto a la medición, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha manifestado que entre las dificultades advertidas respecto a este indicador, se advierte que en *“el año 2015, la ENESA - INEI, solo evaluó 860 establecimientos estratégicos, estos distribuidos en FONB, FONE I, FONE II y FONI”*; y que, *“no se realiza el seguimiento a los establecimientos identificados con problemas de falta de capacidad resolutive”*. Respecto a ello, recomienda la citada Dirección General que se debería *“Capacitar al personal para la autoevaluación y el análisis de los indicadores del FON”*.

3.3. OBJETIVO 3: DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PRIORIZANDO A LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA.

Antes de proceder a analizar este Objetivo Estratégico Institucional es necesario señalar que entre las enfermedades no transmisibles cuya atención ha sido priorizada en el Sector Salud se encuentran: las enfermedades oculares (cataratas, errores refractivos, retinopatía de la prematuridad, retinopatía diabética, glaucoma, enfermedades externas del ojo), enfermedades de la cavidad oral (caries dental, enfermedad periodontal, edentulismo en adultos mayores), hipertensión, diabetes, sobrepeso, obesidad, enfermedades en personas expuestas a la contaminación con metales pesados y/o sustancias químicas (personas expuestas a Plomo, Mercurio, Arsénico, Cadmio).⁴⁸

Señaladas las principales enfermedades no transmisibles que vienen siendo atendidas con prioridad en el Sector Salud, se señalan los tres Objetivos Específicos planteados para este Objetivo Estratégico Institucional:

- *“Haber cambiado las estrategias y programas adecuando los servicios de atención primaria en el primer nivel de atención para atender de manera integrada el tamizaje de todo paciente que registre sobrepeso con fines de detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebro-vasculares y los cánceres de mayor prevalencia. Que el primer nivel de atención resuelva al menos el 60% de los episodios de enfermedad.”*
- *“Haber realizado la más importante campaña de salud de los últimos años promoviendo estilos de vida saludable y haber propiciado el ejercicio físico y el deporte desde la temprana edad.”*
- *“Modernizar las instalaciones y las tecnologías clínico-hospitalarias y preparar los servicios para atender a los pacientes en el primer y segundo nivel de*

⁴⁸ Anexo 2 – Programa Presupuestal 0018 Enfermedades No Transmisibles. Año 2017



atención con énfasis en el tratamiento materno-infantil y tratamiento precoz de crónicas y degenerativas.⁴⁹ⁿ

Asimismo, para la medición de los resultados de este tercer Objetivo Estratégico Institucional, se planificaron nueve indicadores, tres de ellos referidos a hipertensión y diabetes, dos referidos al cáncer mama en mujeres y cáncer de cuello uterino, dos indicadores referidos al consumo de tabaco y alcohol; un indicador relacionado a la práctica de la actividad física regular; y, un indicador referido a la inversión en infraestructura y equipamiento en el primer y segundo nivel de atención; los mismos que se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 16
Objetivo Estratégico General Institucional N° 03

N°	Objetivos Estratégicos Generales Institucionales	Indicador	Organos que brindan información.*
3	Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.	Indicador 3.1: Porcentaje de personas, por etapas de vida, con Tamizaje de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (HTA y DM)	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 3.2: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	
		Indicador 3.3: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	
		Indicador 3.4: Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino.	
		Indicador 3.5: Tasa de incidencia de cáncer de mama.	
		Indicador 3.6: Porcentaje de población que practica actividad física regular.	
		Indicador 3.7: Prevalencia anual de consumo de alcohol.	
		Indicador 3.8: Prevalencia anual de consumo de tabaco.	
		Indicador 3.9 : % de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento de calidad para el primer y segundo nivel de atención.	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó a las Oficina Generales o Direcciones que podrían poseer información referida al monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: El O.E. y sus indicadores han sido tomados del PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa.

Conforme se puede apreciar en el cuadro n° 17 no ha sido posible efectuar el análisis comparativo para los indicadores de este Objetivo Estratégicos Institucional, debido especialmente a que para las fuentes de consulta señaladas para el seguimiento en el PEI 2012 – 2016 MINSa, no ha habido mediciones permanentes que permitan



⁴⁹ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 MINSa. Página 35

efectuar de manera efectiva la comparación de la situación al año 2016 versus la línea de base. Sin perjuicio de ello, a continuación, se muestran resultados que nos permiten contar con algunos alcances respecto a las enfermedades no transmisibles en el Perú.

Cuadro N° 17

Resultados al final del periodo - Objetivo Estratégico General Institucional N° 03

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

Indicador	Unidad de Medida	Resultados - Periodo 2012 - 2016			
		Línea de Base	Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
Indicador 3.1: Porcentaje de personas, por etapas de vida, con Tamizaje de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (HTA y DM)	Porcentaje	A partir del año 2012 se recogerá la información por HIS, padrones nominales de factores de riesgo.	80% (2016)	Valoración clínica de Factores de Riesgo de ENT: 1,057,368 al 2016	-
Indicador 3.2: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	Porcentaje	40%. Fuente: HIS, Padrones nominales de personas con Hipertensión Arterial 2011	80% (2016)	INEI 2015: Para población mayor a 15 años con diagnóstico: 62.1	-
Indicador 3.3: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	Porcentaje	40%. Fuente: HIS, Padrones nominales de personas con Diabetes Mellitus 2011.	80% (2016)	INEI 2015: Para población mayor a 15 años con diagnóstico: 73.6	-
Indicador 3.4: Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino.	Por 100,000 mujeres	2004 fue 26 x 100 000 mujeres. Fuente: HIS, Registros poblacionales de cáncer, Registros Hospitalarios de Cáncer, Dirección General de Epidemiología.	21x100,000 mujeres (2016)	Última información técnica referida al indicador: Globocan 2012	-
Indicador 3.5: Tasa de incidencia de cáncer de mama.	Por 100,000 mujeres	2004 fue 24 x 100 000 mujeres. Fuente: HIS, Registros poblacionales de cáncer, Registros Hospitalarios de Cáncer, Dirección General de Epidemiología.	19x100,000 mujeres (2016)	Última información técnica referida al indicador: Globocan 2012 e IARC 2015	-



Indicador 3.6: Porcentaje de población que practica actividad física regular.	Porcentaje	12%. Fuente: INEI-ENDES 2009.	20% (2016)	ENDES 2016 no reporta	-
Indicador 3.7: Prevalencia anual de consumo de alcohol.	Porcentaje	63% Fuente: III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú - DEVIDA 2007.	15% (2016)	Última información técnica referida al indicador: 52.4 (IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú -2010 - DEVIDA 2012.)	-
Indicador 3.8: Prevalencia anual de consumo de tabaco.	Porcentaje	34.7%. III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú Fuente: DEVIDA 2007.	8% (2016)	Última información técnica referida al indicador: 21.1 ((IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú -2010- DEVIDA 2012)	-
Indicador 3.9 : % de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento de calidad para el primer y segundo nivel de atención.	Porcentaje	19.34% del presupuesto en la Función Salud se destina para proyectos de inversión. Fuente: Página Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas.2011	30 % de la inversión se destina al primer y segundo nivel de atención (2016).	93.23 % de la inversión se destinó a infraestructura y equipamiento del primer y segundo nivel de atención (2016).	-

Elaboración propia

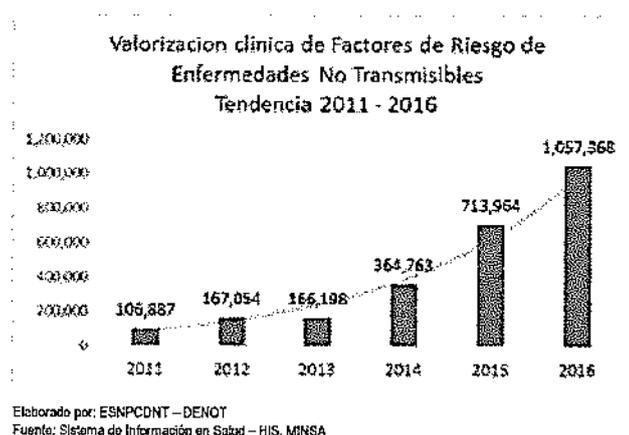
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 686-2013/MINSA e información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Indicador 3.1: Porcentaje de personas, por etapas de vida, con Tamizaje de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (HTA y DM)



Respecto este indicador, sin contar con línea de base, se programó incrementar a 80%, el porcentaje las personas por etapas de vida que cuenten con tamizaje de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. La fuente de información planteada en el PEI 2012 – 2016 MINSA es el Sistema de Información en Salud conocido como HIS por sus siglas en inglés (Health Information System), padrones nominales de factores de riesgo.

Al respecto, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas, refiere que si bien no se cuenta con información que permita comparar los avances con lo programado al 2016, en el periodo 2011 – 2016, se ha verificado un “Incremento exponencial de la entrega de servicios a los ciudadanos en los tres productos del Programa Presupuestal 018⁵⁰, a cargo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles⁵¹, encontrándose entre ellos, la “Valorización clínica de Factores de Riesgo de ENT (Enfermedades no trasmisibles)”, servicio que muestra la tendencia al incremento año a año, conforme se verifica en el cuadro siguiente:



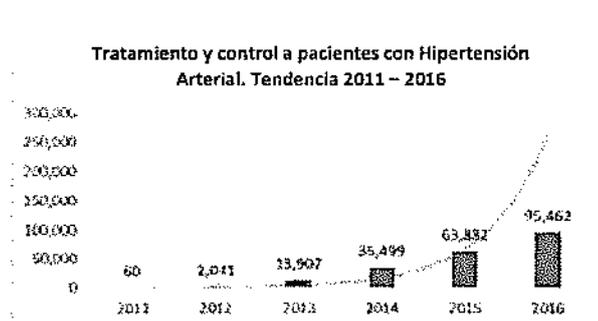
Indicador 3.2: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.

Para el indicador “Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad”, se estableció como línea de base, el porcentaje de 40%, consignándose como fuente de información, al igual que en el indicador previo, el Sistema de Información en Salud – HIS, padrones nominales de factores de riesgo. Habiéndose programado en el PEI 2012 – 2016 MINSA, incrementar el porcentaje a 80% al año 2016.

Al respecto, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas, ha facilitado información en función al número de pacientes con diagnóstico que recibe tratamiento y controla su enfermedad, verificándose un crecimiento progresivo del año 2011 al 2016, apreciándose que la cifra ha variado de 60 a 95,462 los pacientes con tratamiento y control de Hipertensión Arterial, lo cual se aprecia en el siguiente cuadro:

⁵⁰ Programa Presupuestal 0018 denominado “Enfermedades no Trasmisibles”
⁵¹ Documento de trabajo denominado “SITUACIÓN DE LOS INDICADORES DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES E INDICADORES MINSA. Elaborado por la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas del Ministerio de Salud. Año 2017.





Elaborado por: ESNPCDNT – DENOT
Fuente: Sistema de Información en Salud – HIS. MINSA

Al respecto, nótese que desde el año 2014 hay una variación significativa que ha sido impulsada por el Programa Presupuestal 0018, denominado “Enfermedades no Transmisibles”, que ha permitido gestionar mayores recursos y ordenar la provisión de productos y actividades según los niveles de gobierno.

Asimismo, respecto a la situación del tratamiento y control de la hipertensión arterial, existe información estadística elaborada por INEI al año 2015; y, aunque el universo de la población sea distinto (el indicador programado preveía la medición de la población mayor de 18 años, mientras que el documento de INEI ha incorporado a personas con 15 a más años de edad), los resultados se señalan a efectos de considerarlos como una referencia para la evaluación del Objetivo Estratégico General N° 03 del PEI 2012 – 2016 MINSA.

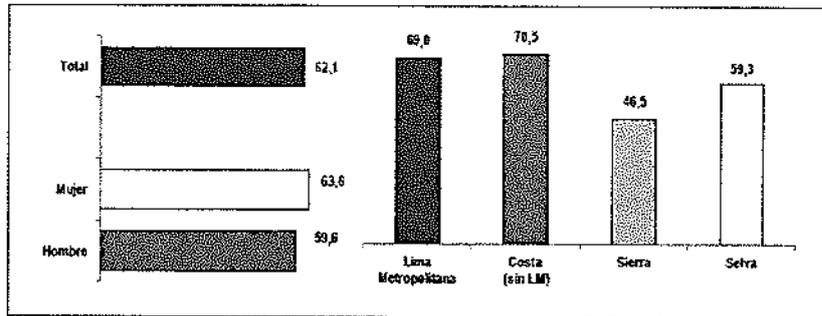
Tomando en consideración lo señalado en el párrafo previo, en el documento “Perú: *Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015*” elaborado por el INEI, según un cuestionario realizado a personas de 15 a más años de edad con diagnóstico de hipertensión, al año 2015, “el 62,1% de la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar la presión alta en los últimos doce meses. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,6% y la masculina 59,6%”.⁵² Según ámbito geográfico, “la mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en la Costa (sin Lima Metropolitana) con 70,5% y en Lima Metropolitana con 69,0%; seguido por la Selva y Sierra con 59,3% y 46,5% respectivamente”.⁵³



⁵² “Perú: *Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015*”. INEI, mayo de 2016. Documento elaborado con la información recopilada en el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ejecutado entre los meses de marzo a diciembre del 2015. Página 15

⁵³ “Perú: *Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015*”. INEI, mayo de 2016. Página 15 y 16

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2015
(Porcentaje)



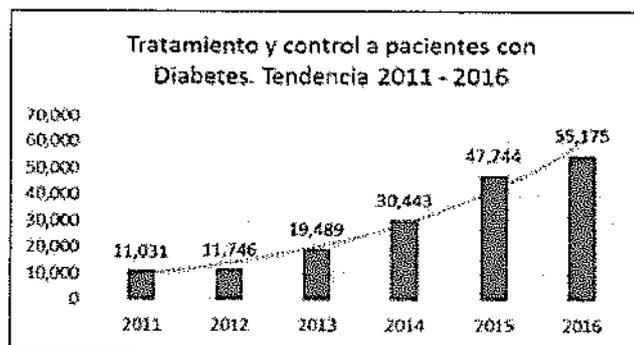
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Tomado de: "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015". INEI, 2016.

Indicador 3.3: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.

Respecto a este indicador, se estableció como línea de base en el PEI 2012 – 2016 MINSA, el porcentaje de 40% y se programó el incremento del mismo a 80%, ello como meta hasta el año 2016. La fuente de información consignada, al igual que para la Hipertensión Arterial, ha sido el Sistema de Información en Salud – HIS, padrones nominales de factores de riesgo.

Al respecto, según la información brindada por la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas, el número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento y controla su enfermedad, se ha incrementado del año 2011 al 2016, apreciándose que la cifra ha variado de 11,031 a 55,175 conforme se verifica en el siguiente cuadro:



Elaborado por: ESNPCDNT – DENOT
Fuente: Sistema de Información en Salud – HIS. MINSA

Es notable que al igual que para los otros dos indicadores, se verifica un incremento favorable desde el año 2014, del número de pacientes con tratamiento, situación influenciada por la entrada en vigencia del Programa Presupuestal 0018, denominado "Enfermedades no Trasmisibles", que como se ha señalado, ha ordenado la provisión de recursos, productos y actividades según los niveles de gobierno.

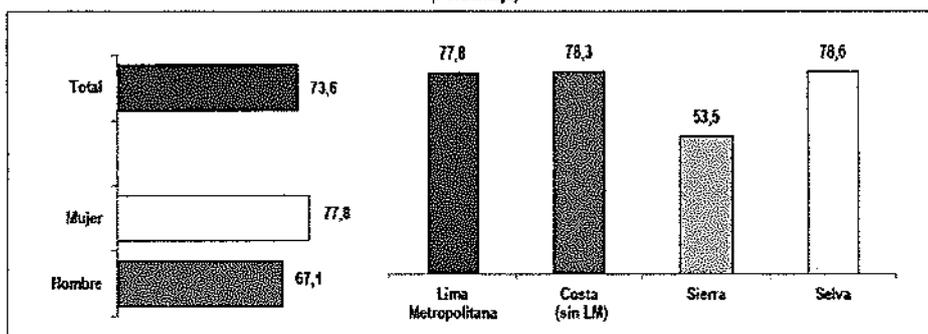
También para este indicador existe información estadística en el documento "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015" elaborado por el INEI, que



aunque no sea comparable en estricto con la línea de base por cuanto el universo de la población es distinto (el documento de INEI ha incorporado a personas con 15 a más años de edad mientras que el indicador programado preveía la medición de la población mayor de 18 años), nos permiten tener una referencia para la evaluación del Objetivo Estratégico General N° 03 del PEI 2012 – 2016 MINSA.

Precisado lo anterior, en el documento “Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015” elaborado por el INEI, se señala que “De las personas que fueron diagnosticadas con diabetes, el 73,6% recibió o compró los medicamentos con receta médica, al menos una vez, para controlar la enfermedad. El 77,8% de las mujeres siguen un tratamiento médico y el 67,1% de los hombres.”⁵⁴ Por ámbito geográfico, “En la Selva el 78,6% de personas de 15 y más años de edad accedieron a medicamentos para tratar la diabetes, seguido por el 78,3% en la Costa (sin Lima Metropolitana), 77,8% en Lima Metropolitana y 53,5% en la Sierra.”, verificándose que en la sierra es donde el porcentaje de pacientes diagnosticados con tratamiento es el menor, lo cual se grafica en el cuadro siguiente.⁵⁵

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2015 (Porcentaje)



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

Tomado de: “Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015”. INEI, 2016.

Finalmente, es preciso señalar que respecto a los tres indicadores previamente señalados, (porcentaje de personas, por etapas de vida, con tamizaje de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (HTA y DM); porcentaje de población mayor de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad; y, porcentaje de población mayor de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad); la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas ha señalado que la “falta de insumos y personal para las prestaciones en las regiones”, y los “recortes presupuestales”⁵⁶ con el consecuente desabastecimiento de medicamentos e insumos para las prestaciones y problemas de



⁵⁴ Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015”. INEI, 2016. Documento elaborado con la información recopilada en el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ejecutado entre los meses de marzo a diciembre del 2015. Página 13

⁵⁵ Ibídem

⁵⁶ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-207-DGIESP/MINSA

pago al personal en la regiones, habrían sido las principales situaciones adversas advertidas en el último año de vigencia del PEI 2012 – 2016 MINSA.

Al respecto, el Pliego Ministerio de Salud, elaboró Guías de Práctica Clínica y Documentos normativos para el abordaje de hipertensión y diabetes (Aprobados mediante las Resoluciones Ministeriales N° 031, 719 y 162 del año 2015 y la Resolución Ministerial N° 226 y 229 del año 2016), los cuales permitieron alimentar y actualizar los documentos de PPR 0018 "*Enfermedades No Transmisibles*", entre otros documentos de Gestión, asimismo, se realizaron capacitaciones en gestión a Coordinadores Regionales y a los Responsables de las Oficinas de Planeamiento y Presupuesto, para que cumplan con la Ley 28411, Ley General de Presupuesto, con el propósito de que se garantice el presupuesto para los fines asignados.⁵⁷

Indicador 3.4: Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino.

Respecto a este indicador se consideró como línea de Base: 26 por cada 100 000 mujeres, tomando como referencia la información obtenida al año 2004. Se programó la disminución en cinco (05), el número de casos por cada 100,000 mujeres, es decir disminuir a 21 mujeres por cada 100,000. Respecto a la fuente de información, se señaló en el PEI 2012 – 2016 MINSA, al Sistema de Información en Salud conocido como HIS por sus siglas en inglés (Health Information System)⁵⁸, Registros poblacionales de cáncer, Registros Hospitalarios de Cáncer; y, Dirección General de Epidemiología. En relación a la medición para el periodo de evaluación (2012 – 2016), se advierte que la última información estadística con que cuenta la Dirección de Prevención y Control del Cáncer es la emitida al año 2012, por ello, no es factible realizar un análisis comparativo de la situación del año 2016 respecto al 2012. Sin perjuicio de lo señalado, se señala a continuación información referida al estado situacional del cáncer de cuello uterino.

Al respecto, según la información facilitada por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer⁵⁹ de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, "*la tasa cruda de incidencia de cáncer cervical en el Perú es de 31.3/100,000 y la tasa a justada por edad de 34.5/100,000*", conforme a los últimos datos estadísticos presentados el año 2012 (GLOBOCAN 2012) por el proyecto de la International Agency Research on Cancer (IARC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado GLOBOCAN.⁶⁰

De acuerdo con los datos publicados por GLOBOCAN 2012, la Dirección de Prevención y Control del Cáncer señala que "*(...) al menos 4,636 mujeres se diagnostican con cáncer cervical cada año, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú (...). Además, al menos 1,715 mujeres mueren por este cáncer cada*

⁵⁷ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-207-DGIESP/MINSA

⁵⁸ Sistema de Información en Salud - HIS, es una herramienta informática que se utiliza en el Registro Diario de Atención y de otras actividades de consulta externa. Permite la digitación, procesamiento, consultas y explotación de los datos por el personal de salud. Definición tomada del portal WWW.MINSA.GOB.PE el 24 de mayo de 2017.

⁵⁹ Documento Técnico formulado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, para sustentar el proyecto de "Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021 (Mayo de 2017). Página 5

⁶⁰ El proyecto GLOBOCAN: Proyecto de la International Agency Research on Cancer (IARC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado GLOBOCAN, ha compilado datos de muchos países para modelar la incidencia de cáncer y su mortalidad. Fuente: Documento Técnico formulado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, para sustentar el proyecto de "Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021 (Mayo de 2017). Página 5



año, es decir, casi 4 de cada 10 mujeres con cáncer cervical mueren, fundamentalmente por lo tardío del diagnóstico en el país. Más aún, el cáncer cervical es hoy en el Perú, la primera causa de muerte en mujeres entre 15 y 44 años (...).⁶¹

Asimismo, refiere la citada Dirección que los factores que condicionan estas altas tasas de cáncer son múltiples, encontrándose entre ellos:

- Idiosincrasia de la población
- Bajas coberturas de tamizaje
- Demora en la entrega de resultados
- Alta pérdida en el seguimiento del paciente con tamizaje positivo
- Bajo número de centros de tratamiento, centralismo de los casos, 80% de los casos en estadios avanzados y sólo dos centros de radioterapia pertenecientes al Ministerio de Salud – MINSA.

Al respecto, precisa la Dirección de Prevención y Control del Cáncer que los factores citados dificultan el logro de los objetivos en la lucha contra el cáncer de cuello uterino. Sin embargo, en respuesta a la situación diagnosticada del cáncer de cuello uterino en el Perú, la mencionada Dirección ha formulado un “Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021”, el mismo que se encuentra en evaluación por los órganos técnicos del Ministerio de Salud y que contiene los siguientes objetivos estratégicos:

- Mejorar los sistemas de información en cáncer mediante el sistema de información tamizaje nominal y la gestión de registro de cáncer.
- Mejorar la cobertura y calidad de tamizaje de cáncer de cuello uterino.
- Brindar la atención oportuna de casos sospechosos.
- Capacitación (que incluye entre otros: capacitación de capacitadores, capacitación del sistema de información, capacitación al personal de salud).

Indicador 3.5: Tasa de incidencia de cáncer de mama.

Para el indicador “Tasa de incidencia de cáncer de mama”, se consideró como línea de Base: 24 por cada 100 000 mujeres, tomando como referencia la información obtenida al año 2004. Se programó la disminución en cinco (05), el número de casos por cada 100,000 mujeres, es decir disminuir a 19 mujeres por cada 100,000 mujeres. Respecto a la fuente de información, al igual que para el indicador “Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino”, se señaló en el PEI 2012 – 2016 MINSA, al Sistema de Información en Salud conocido como HIS por sus siglas en inglés (Health Information System), Registros poblacionales de cáncer, Registros Hospitalarios de Cáncer; y, Dirección General de Epidemiología. En relación a la medición para el periodo de evaluación (2012 – 2016), se advierte que la última información estadística con que cuenta la Dirección de Prevención y Control del Cáncer es la emitida al año 2012⁶², por ello, no es factible realizar un análisis, sin embargo, se señala a continuación la información referida al estado situacional del cáncer de mama y la frecuencia de casos



⁶¹ Documento Técnico formulado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, para sustentar el proyecto de “Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021 (Mayo de 2017). Página 5

⁶² GLOBOCAN 2012 (Proyecto de la International Agency Research on Cancer (IARC) y de la Organización Mundial de la Salud -OMS).

que se presentan en mujeres: De acuerdo al diagnóstico realizado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, *“La incidencia anual estimada de cáncer de mama en el Perú es de 28 casos por 100,000 habitantes, la tasa de mortalidad anual es de 8.5 casos por 100,000 habitantes y la prevalencia anual es de 32.2 casos por 100,000 habitantes (IARC, 2015)”*. Asimismo, refiere la citada Dirección en el diagnóstico, que las regiones de Tumbes, Piura, Lima, Lambayeque, La Libertad y Callao, son las que registran las mayores tasas de mortalidad por cáncer de mama para el año 2012, señalando que *“Todas estas regiones se ubicaron por encima de la media nacional y constituyen las áreas de mayor riesgo que deben ser analizadas en el contexto regional para la implementación de políticas, fundamentalmente de tamizaje y detección temprana (...)”*.

Respecto a la incidencia y la tendencia del número de casos, señala que *“Para el periodo 2006 – 2011, la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer notificó un total de 11,340 casos de cáncer de mama a nivel nacional lo que representó el 10.3% de los cánceres notificados, con una tendencia a incrementarse, en el año 2006 se notificaron 1,797 casos y en el año 2011 fueron 2,024 casos (MINSA, 2013). En este periodo, el cáncer de mama fue el tercer más frecuente de los cánceres notificados (superado por cérvix y estómago) presentándose con mayor frecuencia en mujeres entre los 40 y 69 años de edad: 30.1% en mujeres de 40 a 49 años y 44.5% de 50 a 69 años. (MINSA, 2013)”*.⁶³

Asimismo, refiere la citada Dirección que entre los factores que condicionan la efectividad de la detección temprana y el tratamiento del cáncer de mama, se encuentran entre otros:

- Brechas de equipamiento de mamografía, así como la calidad de las mamografías
- Bajas coberturas de tamizaje por mamografía.
- Brecha en la oferta de servicios oncológicos, especialmente para el diagnóstico efectivo del cáncer y el tratamiento en Regiones⁶⁴.
- Déficit de capacitación del personal de salud

Respecto a éstos factores, la Dirección de Prevención y Control del Cáncer ha propuesto, un “Plan Nacional de para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú 2017 – 2021”, el mismo que se encuentra en evaluación por los órganos Técnicos del Ministerio de Salud y que formula las siguientes acciones respecto al cáncer de mama:

- Crear un Registro de tamizaje nominal de cáncer
- Fortalecer los Registros de Cáncer
- Mejorar la Cobertura del tamizaje por mamografía

⁶³ Documento Técnico formulado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, para sustentar el proyecto de “Plan Nacional de para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú 2017 – 2021 (Mayo de 2017), Páginas 5, 6 y 7

⁶⁴ Se habría determinado que *“(…) faltan servicios de diagnóstico y tratamiento de cáncer en las regiones de Apurímac, Huancavelica, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín y Ucayali”*. *“En las Regiones de Amazonas, Ancash, Cajamarca, Huánuco, Lima Región, Loreto, Puno, Tacna y Tumbes los servicios de diagnóstico y tratamiento de cáncer son ambulatorios. En las regiones de Huánuco, Lima Región, Loreto el servicio oncológico de tratamiento es únicamente de ginecología oncológica”*. Fuente: Documento Técnico formulado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, para sustentar el proyecto de “Plan Nacional de para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú 2017 – 2021 (Mayo de 2017). Página 11.



- Mejorar la calidad de la toma de mamografía
- Mejorar la calidad de lectura de mamografía
- Aumento de la cobertura diagnóstica por patología mamaria
- Gestión de la referencia oportuna de casos confirmados
- Ampliar la capacidad resolutive para la atención de pacientes de cáncer de mama
- Fortalecer la atención en cuidados paliativos en atención primaria.

Indicador 3.6: Porcentaje de población que practica actividad física regular

Respecto al indicador Porcentaje de población que practica actividad física regular, se estableció como línea de base en el PEI 2012 – 2016, el 12%, considerándose como fuente la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES del INEI, sin embargo, conforma ha sido advertido por la Dirección de Promoción de la Salud del MINSA dependencia de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (Antes Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud), la referida encuesta no incluye este indicador, “no lo reporta”⁶⁵, por tal motivo, no se cuenta con información que permita realizar la comparación de la información estadística al año 2016 y verificar su evolución o avances respecto al año 2012. Se recomienda en lo sucesivo, determinar alguna fuente que permita el monitoreo permanente y el análisis comparativo, a fin de facilitar la retroalimentación del planeamiento, recomendándose que el mismo se institucionalice a efectos de asegurar su continuidad; o de lo contrario efectuar modificaciones al PEI a fin de superar situaciones de este tipo. Conforme a lo señalado, en el cuadro N° 17 se consignó que no se cuenta con información respecto a lo ejecutado para este indicador.

Sin perjuicio de lo señalado, entre las acciones efectuadas y/o promovidas para incrementar el porcentaje de población que practica actividad física regular se encuentran: a) “Promoción de actividad física en las instituciones educativas”, b) “Incidencia ante autoridades regionales y locales para que generen entornos favorables a la práctica de actividad física”, c) “Alianza con el IPD (Instituto Peruano del Deporte) para la promoción de Actividad Física mediante el camión deportivo - Sport Truck”, d) “Mensajes comunicacionales que contribuyan a incrementar la práctica de Actividad Física”, e) “Conformación de Consejos Regionales de Actividad Física”.⁶⁶

Indicador 3.7: Prevalencia anual de consumo de alcohol e Indicador 3.8: Prevalencia anual de consumo de tabaco

Para el indicador “Prevalencia anual de consumo de alcohol”, se buscaba medir la disminución del porcentaje de consumo, habiéndose propuesto como meta para el final del quinquenio, reducir los valores porcentuales de 63% (Línea de Base) a 15%; tomándose como línea de base, la información de reportes estadísticos al año 2006. Los resultados con que cuenta la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, son tomados de la IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en



⁶⁵ Memorando N° 085-2017-DGPGT-DG/MINSA de fecha 27 de febrero de 2017

⁶⁶ Memorando N° 085-2017-DGPGT-DG/MINSA de fecha 27 de febrero de 2017

Población General de Perú – 2010; encuesta que muestra una disminución del consumo de alcohol al 52.4%. Sin embargo, esta información corresponde al resultado de las acciones implementadas en años previos a la vigencia del PEI 2012 – 2016 MINSA, por lo que no es una información representativa dentro del periodo en evaluación, ni permite efectuar el análisis comparativo de la situación al final del año 2016 respecto a la situación al año 2012.

Respecto al indicador “*Prevalencia anual de consumo de tabaco*”, también se buscaba medir la disminución del porcentaje de consumo, proponiéndose para el final del quinquenio, reducir los valores en términos porcentuales, de 34.7 % (Línea de Base) a 8%; tomándose como línea de base, la información de reportes estadísticos al año 2006.

Al respecto, se advierte una situación similar respecto a la especificada para el indicador “*Prevalencia anual de consumo de alcohol*”, por cuanto la información estadística con que cuenta la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, corresponde a la IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú – 2010; encuesta que muestra una disminución del consumo de tabaco a 21.1 %. Sin embargo, es de advertirse que esta información corresponde al resultado de las acciones implementadas en años previos a la vigencia del PEI 2012 – 2016 MINSA por lo cual, al igual que lo señalado para el indicador “*Prevalencia anual de consumo de alcohol*”, la información no es representativa dentro del periodo en evaluación, ni permite efectuar el análisis comparativo de la situación al final del año 2016 respecto a la situación al año 2012.

Se recomienda en lo sucesivo tomar fuentes de información que se emitan de manera periódica o de lo contrario, generar alguna fuente que permita el monitoreo permanente a fin de facilitar la retroalimentación del planeamiento, institucionalizando los mismos a efectos de asegurar su continuidad; o de lo contrario efectuar modificaciones al PEI a efectos de adecuar el mismo a las situaciones que se adviertan para el mismo. Conforme a lo señalado, en el Cuadro N° 17 se consignó que no se cuenta con información respecto a lo ejecutado para ambos indicadores.

Sin perjuicio de la situación descrita, es preciso señalar que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha manifestado que respecto a la *prevalencia anual de consumo de tabaco* y de alcohol, uno de los grandes problemas que se afronta en las acciones para disminuir el número de casos, es la “*Alta brecha en recursos humanos*”⁶⁷, sin embargo entre los esfuerzos realizados para mejorar este indicador sanitario, se encuentra, la implementación en el año 2014 del Programa Presupuestal 131 de Prevención y control en Salud Mental, el cual tiene dentro de sus 11 productos, el Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol, lo que ha permitido contar con presupuesto para estos fines. Asimismo, se han implementado 190 *Módulos en Adicciones y Consumo de Alcohol* a Nivel Nacional.⁶⁸

⁶⁷ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-207-DGIESP/MINSA

⁶⁸ Idem



Indicador 3.9: % de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento de calidad para el primer y segundo nivel de atención.

Con relación al indicador referido al porcentaje de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento para el primer y segundo nivel de atención, es necesario advertir dos debilidades que generaron dificultad para medir los resultados del mismo.

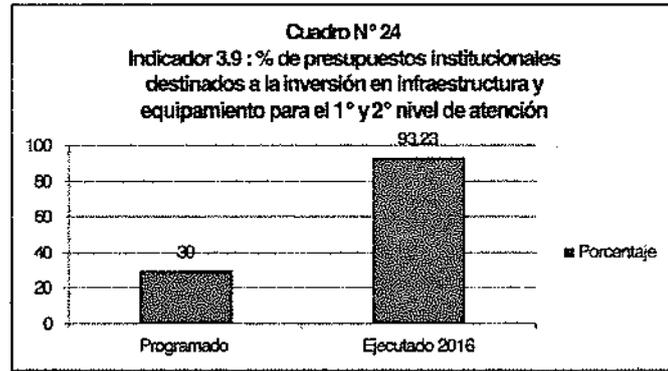
La primera debilidad, es que la Línea de Base planteada para el indicador señala que se trata del porcentaje del presupuesto destinado a proyectos de inversión pública y que la fuente de información es la página amigable del MEF para el año 2011, sin embargo, no se define en el indicador como medir o discernir la inversión de “calidad”, tampoco se toma en cuenta que no necesariamente todo el presupuesto destinado a inversión mediante proyectos de inversión pública, va dirigido a financiar infraestructura y equipamiento, sino que además financia otros componentes de un proyecto, como los de capacitación, sensibilización, entre otros. De igual manera, si la fuente de información, es la página amigable del MEF, en ella no es posible advertir con claridad si la inversión fue dirigida al primer o segundo nivel de atención, conforme se formuló en el indicador, siendo para ello necesario que a futuro, en indicadores similares, la fuente de información debe contener una estructura que recoja información referida al gasto de calidad, datos del Módulo Presupuestal del SIAF – MEF e información de la Bases de datos de las instituciones que se encuentran clasificadas en el primer o segundo nivel de atención.

La segunda debilidad, es que no se definió a un responsable del monitoreo de este indicador, lo que no permitió realizar esta actividad permanente. A pesar de lo señalado, se realizó la medición de este indicador para el año 2016, tomando como fuentes: la Información presupuestal tomada del módulo presupuestal SIAF del Pliego 011 - MINSA, Banco de proyectos del SNIP, ambos sistemas administrados por MEF; e información referida al nivel de atención tomada del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), sistema administrado por SUSALUD. Conforme a ello, en el último año (2016), el porcentaje de la inversión destinada a infraestructura y equipamiento para el primer y segundo nivel de atención asciende a 93.23%, equivalente a S/. 86, 224,391.07⁶⁹ de un total de S/. 92, 486, 342.25 destinados directamente a Proyectos de Inversión Pública en el 2016 y que fueron devengados en el mismo año.

Sin embargo, en este porcentaje no se distingue si el gasto es considerado de “calidad”, como se refirió en el indicador, pero sirve como un indicio para conocer la cantidad de recursos destinados a infraestructura y equipamiento para el primer y segundo nivel de atención.



⁶⁹ Fuente: Módulo Presupuestal SIAF del Pliego 011 – Ministerio de Salud. Información tomada recogida el 22.02.2017



Elaboración propia
 Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MNSA aprobado mediante R.M. N° 686-2013/MNSA, información brindada por OGPPM (Módulo presupuestal SIAF), Banco de Proyectos y RENIPRESS.



3.4. OBJETIVO 4: DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRIORIZANDO LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA.

Para este Objetivo Estratégico Institucional, se plantearon las siguientes tres Objetivos Específicos:

- Haber logrado reducir la incidencia de la Tuberculosis.
- Haber controlado y disminuido la incidencia acumulada el VIH-SIDA y su propagación.
- Haber reducido de manera significativa la incidencia acumulada y el número de casos de malaria y dengue.
- Haber reducido de manera significativa la incidencia acumulada y el número de casos de Hepatitis B.

A efectos de medir los resultados al final del periodo de vigencia del PEI 2012 – 2016 MINSA, se plantearon seis indicadores de resultado, referidos a la incidencia de TBC, sobrevida de paciente con VIH, incidencia de malaria y dengue y la cobertura de vacunación y tratamiento de la Hepatitis B; los mismos que se detallan en el cuadro n° 25 que se muestra a continuación:

Cuadro N° 25
Objetivo Estratégico General Institucional N° 04

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
4	Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.	Indicador 4.1: Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 4.2. % Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA).	
		Indicador 4.3: Incidencia acumulada de Malaria.	
		Indicador 4.4: Incidencia acumulada de Dengue.	
		Indicador 4.5: Cobertura de Vacunación contra la Hepatitis B.	
		Indicador 4.6: Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica.	

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó a las Oficina Generales o Direcciones que podrían poseer información referida al monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: El O.E. y sus indicadores han sido tomados del PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA.



En relación a los resultados, solo los indicadores *Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo*; y, *% Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA)*, alcanzaron las metas programadas en el PEI 2012 – 2016 MINSA, ello a pesar de que conforme se apreciará en los párrafos siguientes ha existido un incremento permanente de los recursos presupuestados para estos fines.

Cuadro N° 26

Resultados al final del periodo - Objetivo Estratégico General Institucional N° 04

"Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza."

Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Resultados - Período 2012 - 2016		
			Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
Indicador 4.1: Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo.	Tasa	58.7 de Tasa de incidencia de casos de TBC por 100 Mil habitantes Informe Operacional Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la TB/DGSP /MINSA.2011	Disminuir la Tasa de incidencia a 54.04 casos de TB por 100 mil habitantes.	53.00 x 100000 hab.	122.32
Indicador 4.2. % Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).	Porcentaje	92% Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/ VIH y Sida — MINSA.2011	94.5% Incremento de sobrevida de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral al 2016.	94.50%	100.00
Indicador 4.3: Incidencia acumulada de Malaria.	Tasa	Malaria: 14,350 infecciones Plasmodium vivax y 1,586 infecciones de Plasmodium Falciparum 2011.	Reducir el número de casos de Malaria de ambos tipos en 50%.(2016).	Plasmodium Vivax y Plasmodium Falciparum al 2016: 55,904 casos notificados	Menor a 1%
Indicador 4.4: Incidencia acumulada de Dengue.	Tasa	Dengue: 11,694 casos Fuente OGE y DGE 2010.	Reducir el número de casos de Dengue en 50%.(2016).	Casos confirmados al 2016: 17,055. Casos probables: 14, 813	Menor a 1%
Indicador 4.5: Cobertura de Vacunación contra la Hepatitis B.	Adolescentes protegidos	17,264 Adolescentes (12-17 años) con 3ra dosis de Vacuna contra la Hepatitis B.	50% de cobertura en adolescentes vacunados contra el Hepatitis B (2016)	22425, de 3era dosis de HvB en adolescente.	Sin información
	Menores protegidos	Menores de 1 año: 76.02% Fuente: Oficina General de Estadística e Informática. OGEI/MINSA 2011.	95% de cobertura en niños menores de 1 año (2016).	Vacuna en menores de 1 año 398707 (73.89%).	77.78
Indicador 4.6: Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica.	Porcentaje	Información Referencial: 624 casos de Hepatitis B crónica. 358 casos de Hepatitis B tratados. Fuente: consolidado anual de la hoja de monitoreo de actividades de la ESNPCITS/VIHSida/ DGSP/ MINSA 2011. Se proyecta un estudio de investigación de casos para el 2013.	90% de Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica para el 2016.	86%	95.56

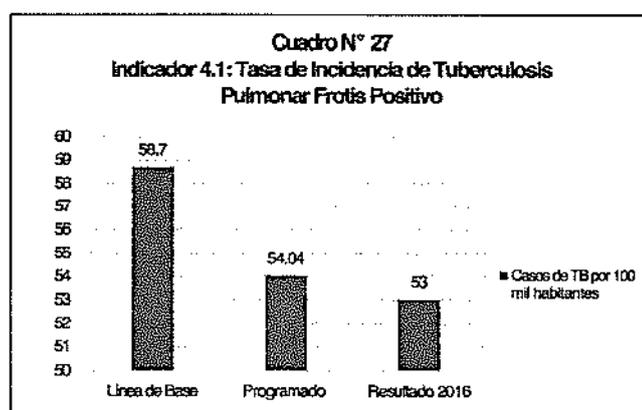
Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA e información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



Indicador 4.1: Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo

Respecto al indicador "Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo", se propuso como meta reducir la incidencia de 58.7 a 54.04, es decir reducir en 4.66 la tasa de Tuberculosis por cada 100,000 habitantes. Al respecto, conforme se verifica en el Cuadro N° 26, al final del quinquenio se superó la meta programada, habiéndose reducido el valor al final del periodo a 53 por 100,000 habitantes, lo que define que la meta del PEI 2012 – 2016 MINSA se habría alcanzado en un 122.32%. La reducción en 5.7 puntos significa que en el quinquenio, respecto a la línea de base, se ha reducido un 9.71%, la tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, evolución positiva que se verifica en el Cuadro N° 27.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 668-2013/MINSA. Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Asimismo, respecto a este indicador es pertinente señalar que durante el quinquenio de vigencia del PEI se aprobó la Ley N° 30287 – Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 021-2016-SA, publicados en el Diario Oficial El Peruano el 14 de diciembre de 2014 y el 15 de mayo de 2016, respectivamente. La citada Ley tiene como objeto, *"regular los mecanismos de articulación entre los sectores involucrados en la prevención y el control de la tuberculosis, garantizando la cobertura y continuidad de una política de Estado de lucha contra esta enfermedad"*⁷⁰

Indicador 4.2. % Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA)

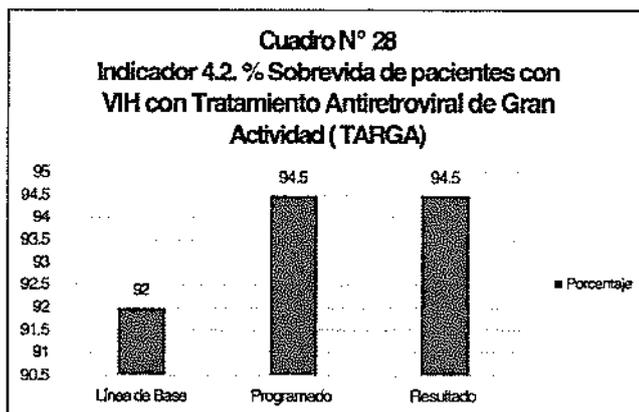
Respecto al indicador "*% Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral*", se propuso como meta incrementar el porcentaje de sobrevida de los pacientes con VIH con tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) de 92% a



⁷⁰ Artículo 1 de la Ley N° 30287 – Ley de Prevención y control de la Tuberculosis en el Perú.

94.5%, es decir incrementar el porcentaje en 2.5%. Al respecto, conforme se verifica en el cuadro n° 28, se alcanzó al 100% la meta programada en el PEI 2012 – 2016 MINSA. Este incremento de 2.5% significa además una mejora de 2.72% respecto a la línea de base.

Es importante señalar que el indicador de sobrevida, actualmente ya no es un indicador de medición nacional, debido a que las directrices de la Organización Mundial de la Salud -OMS desde el 2014 definen al indicador como: Porcentaje de retención en TARV.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

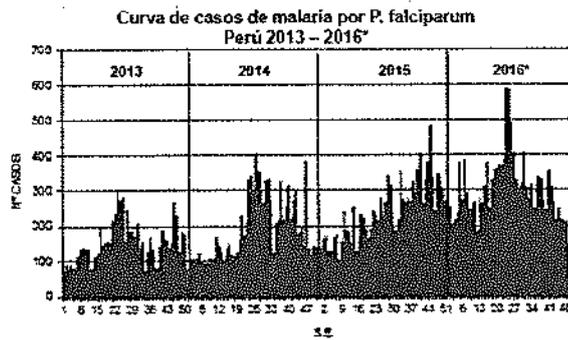
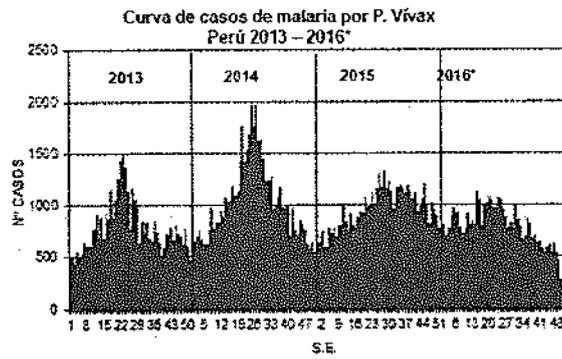
Indicador 4.3 y 4.4: Incidencia acumulada de Malaria y Dengue

Malaria

De acuerdo al PEI 2012 – 2016 MINSA, la línea de Base para Malaria, se definió en: 14,350 casos de infecciones Plasmodium vivax y 1,586 casos de infecciones de Plasmodium Falciparum 2011. La meta para el final del periodo de vigencia del mismo (2016), era reducir en 50% el número de casos para ambos tipos de Malaria. Es decir, reducir el número de casos de infecciones Plasmodium Vivax a 7175; y, reducir a 793 los casos de infecciones.

Al respecto, de acuerdo a la información proporcionada por la Dirección de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, el número de casos de Malaria por Plasmodium Falciparum, ascendió a 15,208 al año 2016 y el número de casos notificados sería incluso mayor en los años 2015 y 2016 y la tendencia sería creciente para el número de casos de infecciones Plasmodium Falciparum.





Casos de malaria por especies y por años
Perú 2012* – 2016*

Tipo Dx	2,012	2,013	2,014	2,015	2,016
<i>P. Vivax</i>	27702	40917	54361	50507	40696
<i>P. Falciparum</i>	4002	7922	10274	12646	15208
Notificados	31,704	48,839	64,635	63,153	55,904

FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Minsa
(*) Hasta la SE 32 del 2016

Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Cuando se analiza el número de casos por Región, se advierte que el mayor número de casos para ambos tipos de infecciones por Malaria se encuentra en las Regiones de la zona oriental del país, especialmente en la Región Loreto, para la cual se ha verificado 54 007 casos en el año 2016; es decir, el 96.61% del número de casos para ambas especies de Malaria, se encuentran en esa Región. La tendencia en el número de casos notificados en la Región Loreto es también creciente. Situación contraria se verifica en Regiones como Junin, Madre de Dios, Ayacucho, Cusco, Pasco, Tumbes y Piura donde la tendencia ha sido decreciente, desde el año 2013, donde se advierte una tendencia a la disminución del número de casos.



**Casos de Malaria (Vivax + Falciparum) según departamentos
Perú años 2004 – 2015 y 2016***

DEPARTAMENTOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
LORETO	42974	54286	42467	37008	25054	25850	13446	11779	23148	43701	61062	60028	54007
JUNIN	6332	5757	2912	3424	2508	1948	7289	4568	1840	2217	2060	1104	669
MADRE DE DIOS	2130	5283	4876	4606	4489	2140	3041	1760	666	260	12	10	6
SAN MARTIN	10544	4911	1538	985	854	848	748	252	154	105	769	577	421
AYACUCHO	4742	5304	2740	832	412	423	1080	2226	2523	1694	642	97	50
CUSCO	4760	3410	1742	704	612	385	1036	1366	450	625	365	146	159
PIURA	777	919	174	588	4016	2721	2153	251	25	16	9	5	1
TUMBES	1066	437	453	1167	2793	1474	1813	684	87	0	2	0	2
UCAYALI	3543	2685	636	144	294	229	256	57	48	96	62	136	89
AMAZONAS	930	1380	344	517	182	84	7	8	1	3	123	733	348
LA LIBERTAD	1115	740	1151	254	125	248	172	237	106	82	49	49	131
CAJAMARCA	983	1164	546	288	106	56	25	69	35	11	1	19	18
PASCO	306	516	354	212	221	24	157	50	601	39	8	8	3
ANCASH	627	628	638	244	1	16	2	0	2	0	0	0	0
LAMBAYEQUE	213	962	86	123	131	344	89	24	5	8	5	0	2
APURIMAC	340	446	10	8	1	10	4	5	3	2	0	0	1
HUANCAVELICA	134	59	96	56	20	3	5	2	0	2	0	0	0
HUANUCO	154	75	12	5	1	3	4	4	2	6	0	1	1
PUNO	5	5	4	5	3	0	0	0	0	0	0	0	1
UNA	0	4	4	3	0	0	0	0	0	2	0	0	1
ICA	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	81766	87673	60737	51234	41823	36716	29339	23060	31704	48839	65239	63153	55904

En la Tabla no está incluido malaria mixta

FUENTE: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA
(*) Hasta la SE 52 del 2016

Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Conforme se advierte, si solo se analiza el número de casos global por ambas especies de Malaria, se muestra un retroceso respecto a la línea de base, sin embargo esta situación de incremento del número de casos se podría explicar a que los esfuerzos de focalización requieren ser fortalecidos, por cuanto en las regiones de la zona oriental del país, principalmente a la Región Loreto, es donde se encuentra la mayor cantidad de casos, ello sin perjuicio de mantener una política de prevención en las otras Regiones.

Dengue

De otro lado, la línea de base para Dengue se determinó en 11,694 casos, habiéndose programado reducir este número a 5 847, es decir, reducir en 50% el número de casos de Dengue al año 2016.

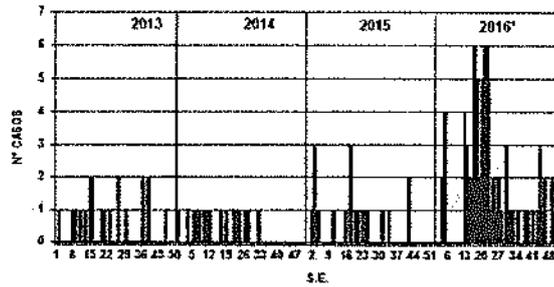
Al respecto, conforme se aprecia en la gráfica mostradas a continuación, ha habido un incremento en el número de casos, especialmente de los casos confirmados, habiéndose determinado el mayor número de casos confirmados en el año 2015 (32, 490), año en cual se produjo el fenómeno El Niño de magnitud fuerte en la costa peruana⁷¹. Para el año 2016, el número de casos confirmados de Dengue asciende a 17,055 casos confirmados y 14, 813 casos probables.

⁷¹ Comunicado Oficial ENFEN N° 22-2015 (Comunicado del Comité Multisectorial encargado del estudio nacional del fenómeno El Niño (ENFEN))



Dengue. Perú 2013 – 2016*

Curva de casos de dengue en el Perú 2013 – 2016*



Casos de dengue por años
Perú 2012* – 2016*

Tipo Dx	2,012	2,013	2,014	2,015	2,016
Confirmados	28,504	13,099	16,950	32,490	17,055
Probables	1	3	12	3,326	14,813
Notificados	29,505	13,092	17,002	35,816	31,868
Defunciones	39	15	31	48	41

FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Minsa
(* Hasta la SE 52 del 2016)

Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

La incidencia según regiones demuestra que las regiones de la costa norte del país (Piura, Tumbes, Lambayeque y La Libertad), junto a las regiones de la zona oriental (Loreto, Ucayali) mantienen la mayor cantidad de casos. Asimismo, se evidencia un incremento en el número de casos de las regiones de Ayacucho (que de 01 caso en el año 2013 ha pasado a evidenciar 3,867 casos de dengue en el año 2016), Cusco, Huánuco, Junín y Ancash.

Casos de Dengue según departamentos Perú años 2000 – 2014 y 2016*

DEPARTAMENTOS	AÑOS																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
LORETO	518	510	2499	784	2583	1772	1995	1720	7232	3723	1322	11245	4381	4479	7049	1630	3439
PIURA	2620	11713	101	1726	37	51	865	282	1702	4029	8393	183	1181	1979	2675	20043	8549
UCAYALI	97	682	2977	182	1413	69	174	182	931	1069	121	1770	11056	1059	1493	350	11229
TUMBES	192	1803	13	50	1552	183	243	79	51	830	1177	104	392	250	1700	7418	1892
LA LIBERTAD	1896	5718	3	0	283	259	10	1482	267	134	728	17	104	23	63	2072	5468
MADRE DE DIOS	21	103	12	0	0	85	2	314	45	798	2952	1956	2047	2272	1117	945	542
CAJAMARCA	18	1100	1176	114	383	1127	123	125	464	473	784	668	3208	85	295	218	305
SAN MARTÍN	218	179	42	46	577	172	170	677	541	448	307	1437	2322	1208	1574	220	446
LAMBAYEQUE	0	813	45	79	1868	804	77	656	718	674	291	10	491	25	147	1303	1987
JUNÍN	7	48	207	116	152	114	189	378	8	245	140	87	736	781	508	774	1098
AMAZONAS	341	682	30	143	312	409	35	320	648	158	273	305	587	247	207	37	97
AYACUCHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	258	3887
ANCASH	0	4	824	1	8	4	1	8	77	224	50	0	1068	454	0	118	650
HUANUCO	29	159	132	107	356	143	128	28	139	257	214	136	336	67	129	307	848
CUSCO	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	57	0	2	227	248	1164
LIMA	0	2	0	0	0	443	10	91	0	235	90	0	314	102	4	9	77
PASCO	0	0	22	1	6	3	0	2	30	29	0	87	80	56	33	32	60
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	368
PUNO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	13	0	1
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	5557	23526	8065	3349	9547	5640	4022	6344	12834	13326	16842	28084	28505	13092	17234	35816	31658

FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Minsa
(* Hasta la SE 52 del 2016)

Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.



De otro lado, ha sido advertido que para los indicadores referidos a la incidencia de Malaria y Dengue, la mejora no ha sido la esperada (Ver cuadro N° 26), entre otros, debido a los siguientes problemas:

- *“La situación de emergencia por incremento en la transmisión de enfermedades Metaxénicas como Dengue y la Malaria en las regiones de mayor riesgo, generando como consecuencia las declaratorias de las emergencias sanitarias.”*
- *“Hábitos inadecuados de la población en referencia para la prevención de la enfermedad.”*
- *“Determinantes sociales y ambientales, entre ellos la alta migración existente en el país que condiciona el incremento de la transmisión de estas enfermedades.”*
- *“Disponibilidad del agua en el hogar por horas, lo que hace que se guarde agua en depósitos que se convierten en criaderos del vector del Dengue.”*
- *“Escaso número de especialistas con competencias en el manejo clínico en el manejo de las Enfermedades Metaxénicas en las regiones endémicas.”*
- *“Capacidades resolutorias de los servicios de salud no corresponden a los niveles asignados para la atención de las enfermedades Metaxénicas.”*
- *“En los primeros meses del año la no disponibilidad del presupuesto para asistencias técnicas, supervisión y evaluación de las políticas de prevención y control de enfermedades Metaxénicas y OTV'S.”*
- *“Débil implementación del sistema de referencia y contra referencia en los niveles operativos.”*
- *“Ausencia de flujos de procesos de los equipos de trabajo en las ESN, que facilite la eficiencia en la gestión.”*
- *“Demora en la respuesta de las opiniones técnicas y aportes a la propuesta de los proyectos de documentos normativos/ guías de la ESN de Enfermedades Metaxénicas y OTV'S por parte de los demás componentes.”*
- *“Limitada integración y análisis de la información para la toma de decisiones, en el nivel nacional y regional.”*
- *“Alta rotación de equipos técnicos de la ESN Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y OTVS, en las DIRESA's, GERESA's y DISA's.”*
- *“Limitada participación de los gobiernos locales en la prevención y control del Dengue, Chikungunya, Malaria y otras enfermedades Metaxénicas.”⁷²*

A fin de brindar atención a la problemática citada, las acciones adoptadas por el Pliego MINSA, consistieron en:

- *“Fortalecer las competencias de los profesionales de los equipos técnicos regionales y locales, para el manejo de herramientas de gestión, para el desarrollo de actividades de prevención y control de las Enfermedades Metaxénicas a fin de garantizar una adecuada toma de decisiones.”*

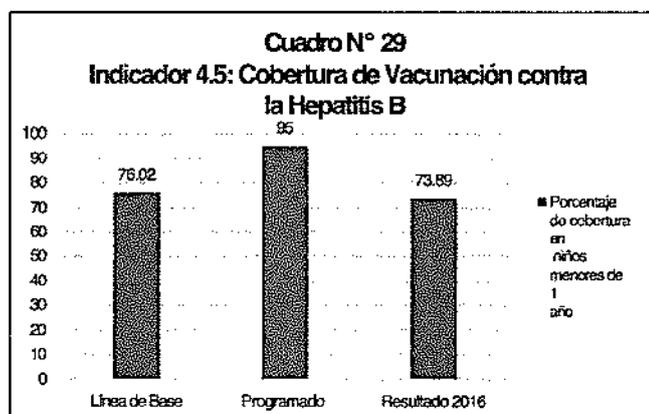


⁷² Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSA

- “Proponer estrategias orientadas al fortalecimiento del proceso de implementación y evaluación de los documentos normativos aprobados.”
- “Contribuir en el análisis y reestructuración de los procesos administrativos relacionados a las fases de formulación, aprobación y publicación de los documentos técnicos normativos.”
- “Reuniones de trabajo con las Direcciones y Oficinas Generales para viabilizar la revisión y validación de documentos normativos/ guías de acuerdo a su competencia.”
- “Mejorar la comunicación y coordinación entre las áreas solicitantes y administrativa/logística para el oportuno trámite y adquisición de servicios.”⁷³

Indicador 4.5: Cobertura de Vacunación contra la Hepatitis B.

Respecto al indicador “Cobertura de Vacunación contra la Hepatitis B”, se muestra en el cuadro N° 29, que no se logró incrementar la cobertura a 95% en niños menores de un (01) año, e incluso, respecto a la línea de Base, la situación de este indicador sanitario sería negativa, ya que se habría reducido en 2.13%, el porcentaje de cobertura.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 686-2013/MINSa, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

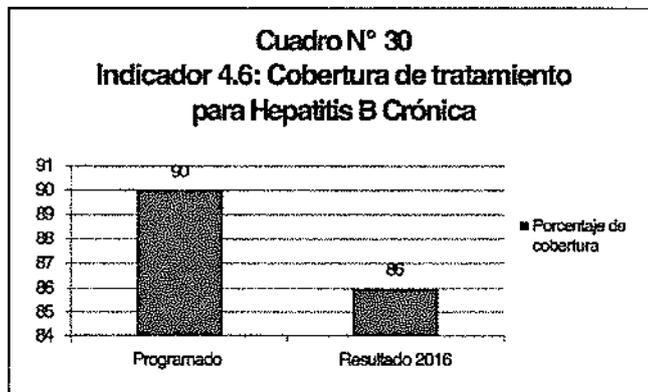
Indicador 4.6: Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica

Respecto al indicador “Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica”, se muestra en el Cuadro N° 30, que no se logró incrementar la cobertura a 90% en niños menores de un (01) año, e incluso, respecto a la línea de Base, la situación de este indicador sanitario sería negativa, ya que se habría reducido el porcentaje de cobertura en



⁷³ Respuesta brindada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública mediante el Memorandum N° 480-2017-DGIESP/MINSa

2.13%. Este indicador se ve afectado por la estimación de la población programada, cuya información viene siendo revisada y el sistema de información mejorado para el monitoreo de este indicador a futuro.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSU aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSU, Informes de desempeño del PEI, información brindada por Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



3.5. OBJETIVO 5: REDUCIR LOS RIESGOS DE DESASTRES EN SALUD, ORIGINADOS POR FACTORES EXTERNOS.

En la formulación del PEI 2012 – 2016 MINSA, se plantearon cuatro Objetivos Específicos para el Objetivo Estratégico General N° 05, siendo los mismos los siguientes:

- Haber reducido el riesgo de la vulnerabilidad de la población y sus medios de vida ante peligros de origen natural.
- Haber desarrollado el Plan de Gestión de Riesgo de Desastres en salud y los Planes específicos sectoriales, junto con los programas presupuestales y estrategias sanitarias a fin de estar preparados y dar respuesta en salud frente a emergencias y desastres.
- Haber implementado a nivel nacional el Programa Presupuestal de Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres en el marco del presupuesto por resultados, a fin de mejorar los procesos (estimación del riesgo, prevención y reducción del riesgo, preparación, respuesta y rehabilitación; y reconstrucción).
- Población con prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales.

En atención a los citados Objetivos, se plantearon los cuatro indicadores que se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 31
Objetivo Estratégico General Institucional N° 05

N°	Objetivos Estratégicos Generales Institucionales	Indicador	Órganos que brindan información.*
5	Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.	Indicador 5.1: Porcentaje de Establecimientos de Salud Seguros frente a los desastres. Indicador 5.2: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales. Indicador 5.3: Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en salud. Indicador 5.4: Porcentaje de la población que recibe atención en salud frente a emergencias y desastres.	Dirección General de Gestión de Riesgos de Desastres y Defensa Nacional en Salud.

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F, se determinó a las Oficina Generales o Direcciones que podrían poseer información referida al monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: El O.E. y sus indicadores han sido tomados del PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA.



Conforme se verifica, la reducción de la vulnerabilidad para el periodo 2012 – 2016, se sustentó en el desarrollo de un Plan de Gestión de Desastres y la oportunidad de contar con recursos financieros mediante la implementación a nivel nacional del Programa Presupuestal Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, en el marco del presupuesto por resultados, para tal efecto, además de las estrategias formuladas para alcanzar los objetivos quinquenales, se formularon

cuatro indicadores que buscaban medir la reducción de los riesgos de desastres en salud, los mismos que se señalan a continuación: a) porcentaje de establecimientos de salud seguros frente a desastres, b) porcentaje de personas que implementan prácticas seguras frente a ocurrencias de desastres naturales, c) porcentaje de centros de operaciones de emergencias operativos en salud; y, d) porcentaje de la población que recibe atención en salud frente a emergencias y desastres.

Respecto a este indicador es pertinente señalar que desde el año 2011, el Gobierno Nacional desplegó esfuerzos en torno a la Gestión del Riesgo de Desastres, muestras concretas de ello son la aprobación de la Ley N° 29664 – Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - SINAGERD (publicada el 19 de febrero de 2011), la aprobación de su Reglamento mediante el Decreto Supremo N° 048-2011-PCM (publicado el 26 de mayo de 2011), la Resolución Ministerial N° 059-2015-PCM publicada el 06 de marzo de 2015, aprueba los "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de los Centros de Operaciones de Emergencia COE", el incremento de recursos asignados al Programa Presupuestal "0068: Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres", entre otros. Considerando estas acciones desplegadas, es necesario que en el Sector Salud se implementen acciones institucionalizadas, es decir, de carácter permanente que permitan prevenir las situaciones de desastres que correspondan atender al Sector Salud e instrumentos de monitoreo que permitan al Sector efectuar seguimiento a través de sus Planes.

Asimismo, es preciso señalar que la Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD que rige a partir de mayo de 2017, regula la actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional – PEDN y ha establecido que las Entidades, deberán incorporar a sus Planes: acciones de prevención del riesgo de desastres y evaluaciones del simulacro de eventos que podrían causar pérdidas en el bienestar de las personas. Por tanto, esta disposición recientemente vigente supone la incorporación de la prevención del riesgo de desastres a los instrumentos de gestión vigentes, incluido el PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud, es decir, en atención a la nueva Directiva del CEPLAN, los fines y propósitos del Objetivo Estratégico Institucional N° 5° del PEI 2012 – 2016 MINSA denominado "Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos", serían incorporados de manera obligatoria a los Planes Sectoriales, denotando la importancia del mismo para el Desarrollo Nacional.

Cuadro N° 32

Resultados al final del periodo - Objetivo Estratégico General Institucional N° 05

"Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos."

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Resultados - Periodo 2012 - 2016		
			Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
Indicador 5.1: Porcentaje de Establecimientos de Salud Seguros frente a los desastres.	Porcentaje	0.61% Fuente: Informes de las Oficinas de Defensa Nacional, Centros de Prevención y Control de Emergencias y Desastres o Unidades de Gestión del Riesgo de Desastres de las Redes de salud, Hospitales, DIRESAS/GERESAS /DISAS / OGDN 2011.	35.80%	2.71%	7.57

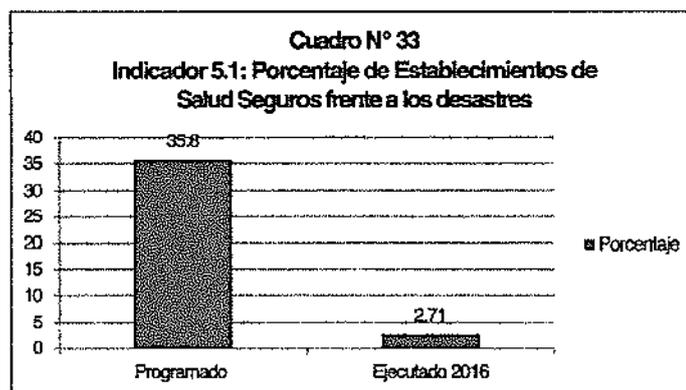


Indicador 5.2: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales.	Porcentaje	0.68% Fuente: Informes de las Oficinas de Defensa Nacional, Centros de Prevención y Control de Emergencias y Desastres o Unidades de Gestión del Riesgo de Desastres de las Redes de salud, Hospitales, DIRESAS /GERESAS/DISAS/OGDN.2011	22.26%	75.49%	339.13
Indicador 5.3: Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en salud.	Porcentaje	20.63% Fuente: Informes de las Oficinas de Defensa Nacional, Centros de Prevención y Control de Emergencias y Desastres o Unidades de Gestión del Riesgo de Desastres de las Redes de salud, Hospitales, DIRESAS /GERESAS/DISAS/OGDN.2011	49.54%	94.00%	189.75
Indicador 5.4: Porcentaje de la población que recibe atención en salud frente a emergencias y desastres.	Porcentaje	0.02% Fuente: Informes de las Oficinas de Defensa Nacional, Centros de Prevención y Control de Emergencias y Desastres o Unidades de Gestión del Riesgo de Desastres de las Redes de salud, Hospitales, DIRESAS /GERESAS/DISAS/OGDN.2011	4.60%	1.14%	24.78

Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa e información brindada por Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.

Con relación al indicador “porcentaje de establecimientos de salud seguros frente a desastres” la línea de base que se determinó en 0.61%, incrementó a 2.71%, sin embargo la programación al 2016 era de 35.8%. La mejora de este indicador requiere mucho más que la participación del sector salud.



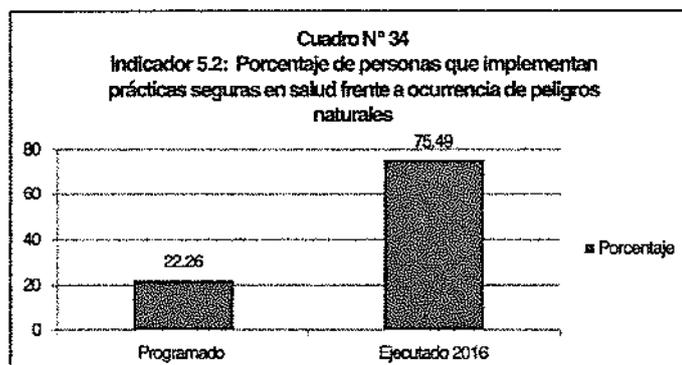
Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa, información brindada por Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.



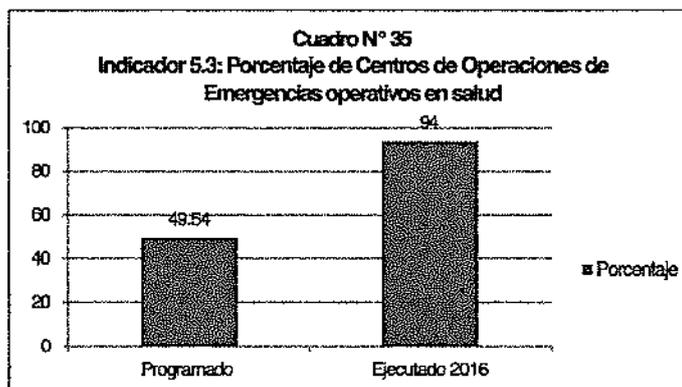
Respecto al desempeño de los indicadores “porcentaje de personas que implementan prácticas seguras frente a ocurrencias de peligros naturales” y “porcentaje de centros

de operaciones de emergencias operativos en salud”, conforme a los resultados alcanzados al 2016, es posible manifestar que no sólo alcanzaron las metas previstas, sino que además superaron largamente la meta planificada (Ver cuadros n° 34 y 35)



Elaboración propia
 Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa, información brindada por Dirección General del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.

A pesar de los resultados óptimos obtenidos, con relación a los COE, la Dirección General del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud, ha señalado ⁷⁴ que “no se cuenta con un análisis situacional objetivo que determine la adecuada operatividad de un COE o el espacio físico de monitoreo. Se desconoce si los lineamientos establecidos por la RM N° 059-2015-PCM⁷⁵ se aplican adecuadamente en las unidades ejecutoras de las regiones.” Con lo podría estar evidenciando que la primera fase referida a la puesta en funcionamiento de los COE se habría realizado y corresponde ahora insistir en el proceso de organización para una adecuada operatividad de los mismos.



Elaboración propia
 Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa, información brindada por Dirección General del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.

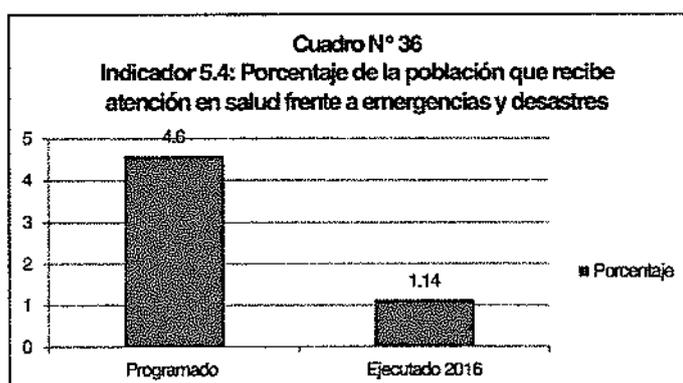
De otro lado, con relación al indicador denominado “Porcentaje de la población que recibe atención en salud frente a emergencias y desastres”, es posible señalar que

⁷⁴ Información proporcionada vía correo electrónico.

⁷⁵ La Resolución Ministerial N° 059-2015-PCM publicada el 06 de marzo de 2015, aprueba los “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de los Centros de Operaciones de Emergencia COE”



aunque no se ha logrado la meta planificada, existe una mejora en relación a la Línea de Base determinada inicialmente en 0.02% y que alcanzó el porcentaje de 1.14%. Respecto al monitoreo del indicador, fue manifestado por la Dirección General del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud - DIGERD, que "Los datos obtenidos a través del aplicativo del Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta Amigable), comprenden el periodo 2013 - 2015. En los años 2012 y 2016 no hay actividad similar (...)"⁷⁶, refiriendo además que a partir del año 2017, la Unidad Funcional de Movilización en Salud de DIGERD, se encargará desde el año 2017 a monitorear periódicamente este indicador.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MNSA aprobado mediante R.M. N° 868-2013/MNSA, información brindada por Dirección General del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.

3.6. OBJETIVO 6: FORTALECER EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA Y OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN.

Analizar este indicador resulta muy interesante porque se trata de un Objetivo de carácter transversal a toda la gestión y de cuyo desempeño dependen en buena medida los otros cinco Objetivos Estratégicos Generales institucionales. Conforme se verifica en el PEI 2012 – 2016 MNSA, son doce los Objetivos Específicos, los mismos que se señalan a continuación:

- *"Haber fortalecido a la Autoridad Sanitaria que ejerce el Ministerio de Salud a nivel nacional, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales como órganos de gobierno y rectores en el ámbito de su jurisdicción en materia de salud conforme a las competencias que les otorga la Ley".*



⁷⁶ Información proporcionada vía correo electrónico.

- *“Coordinar y articular al SIS, ESSalud y las Sanidades de las FFAA y PNP como entidades aseguradoras y financiadoras, con el objeto de lograr la cobertura total de los no asegurados y de transitar hacia modalidades de financiamiento (formas de pago) más eficientes y progresivamente abandonar la asignación de recursos sobre bases históricas que es inequitativa, ineficiente, desalienta a los prestadores y no permiten incentivar el buen desempeño”.*
- *“Haber acordado una forma de organización de los servicios de los prestadores para que funcionen en redes que comparten los mismos ámbitos y pueda haber una interrelación eficiente de servicios”.*
- *“Contar con todos los mecanismos que permiten un intercambio eficiente y ágil de prestaciones que favorecen a los pacientes sin distingo del sistema al que pertenecen”.*
- *“Haber fortalecido las relaciones del Sector con las facultades e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y logrado adecuar el perfil de los egresados a las necesidades del país”.*
- *“Haber corregido distorsiones del mercado laboral mediante mensajes claros a través de la contratación de personal orientado a cubrir las prioridades del sector y mejorado las condiciones de trabajo e incentivos para el trabajo en zonas de condiciones difíciles”.*
- *“Haber logrado la aprobación de la ley que rige la carrera del servicio en salud para el sector público y de la seguridad social con la que vienen incorporándose los nuevos profesionales de la salud”.*
- *“Contar con una infraestructura sanitaria más equitativa y que responde a las necesidades presentes y futuras de la población en el territorio nacional”.*
- *“Conformar una comisión técnica tripartita especializada en materia de infraestructura y equipos para la salud que actualiza el Plan de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de manera permanentemente de acuerdo a las innovaciones tecnológicas que surgen en este campo”.*
- *“Se ha fortalecido la capacidad de negociación del sector con estudios que sustentan los requerimientos del sector”.*
- *“Se ha conseguido mejorar la ejecución y la calidad del gasto basado en resultados sanitarios y de gestión”.*
- *“Se ha logrado reducir las brechas en infraestructura, equipamiento y recursos humanos del sector.”⁷⁷*

⁷⁷ PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA



Cuadro N° 37

Objetivo Estratégico General Institucional N° 06

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Organos que brindan información.*
6	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión.	Indicador 6.1: N° de propuestas de proyectos de ley sobre presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria y que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, entre otros.	Oficina de Organización y Modernización de la OGPPM del MINSA.
		Indicador 6.2: N° de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud.	Dirección General de Personal de la Salud
		Indicador 6.3: % de Establecimientos de Salud con intervenciones en infraestructura y equipamiento.	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
		Indicador 6.4: N° de estudios orientados a incrementar los recursos financieros para el sector.	Dirección General de Aseguramiento en Salud
		Indicador 6.5: % de Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud.	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
		Indicador 6.6: % de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición.	Dirección General de Recursos Humanos para la U.E. Administración Central; y, cada una de las tres Unidades Ejecutoras (CENARES, PRONIS y la Dirección de Salud de Lima Metropolitana)

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó a las Oficinas Generales o Direcciones que podrían poseer información referida al monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: El O.E. y sus indicadores han sido tomados del PEI 2012 - 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA.

Los indicadores incluidos para este Objetivo Estratégico Institucional, fueron seis, los mismos que en el PEI en evaluación, se agruparon en las cinco siguientes estrategias: a) Estrategias de fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, b) Estrategias para resolver problema de formación y brechas de recursos humanos en salud, c) Estrategias para el ordenamiento de la inversión en infraestructura y equipamiento, d) Estrategias para sustentar el incremento de los recursos financieros para el sector, e) Estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad del gasto presupuestal (Ver cuadro n° 38).

Durante la recolección de información para la presente evaluación se evidenciaron dificultades en el recojo de información que impidieron efectuar un análisis comparativo efectivo, ello, debido a que la definición de líneas de base no se establecieron o no se establecieron claramente, ejemplos concretos de ello, son el indicador n° 01 cuya línea de base se definió en los siguientes términos "Situación actual con las debilidades diagnosticadas", el indicador n° 02 para el cual se consignó en la línea de Base "Existen varios planes de formación profesional que operan de manera descoordinada (Colegios Profesionales, CAFME, CONAFU, ANR, ESSALUD, FOROSALUD)"; y el indicador n° 04 cuya línea de base se redactó de la siguiente manera". Asimismo, las fuentes de información no se establecieron o no



proporcionaron información que mida directamente el indicador, un ejemplo concreto de ello es el indicador 5 que pretendía medir "Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud", sin embargo tomó como fuente la información la Página Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas que se caracteriza por transparentar el gasto sin distinguir si el mismo fue de calidad o no. En razón de lo mencionado para este Objetivo Estratégico Institucional referido básicamente al fortalecimiento del ejercicio de la rectoría y la optimización de la gestión, se desarrollará a continuación, además de los resultados que han logrado obtenerse para los indicadores previstos, la situación del Pliego Ministerio de Salud, respecto a este propósito.

Cuadro N° 38

Resultados al final del periodo - Objetivo Estratégico General Institucional N° 06

"Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión."

Indicador	Unidad de Medida	Linea Base	Resultados - Periodo 2012 - 2016		
			Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
Indicador 6.1: N° de propuestas de proyectos de ley sobre presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria y que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, entre otros.	Proyecto	Situación actual con las debilidades diagnosticadas	Ministerio de Salud y Organismos Públicos del Sector Reorientados. Aprobación de la Actualización de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.	3	-
Indicador 6.2: N° de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud.	Acuerdos	Existen varios planes de formación profesional que operan de manera descoordinada (Colegios Profesionales, CAFME, CONAFU, ANR, ESSALUD, FOROSALUD)	50% de las facultades de medicina e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud se ajusta a los acuerdos sobre programas de formación.	38%	76.00
Indicador 6.3: % de Establecimientos de Salud con intervenciones en infraestructura y equipamiento.	Porcentaje	2011: 66.22% Fuente: Información Anual OPI/OGPP/Pliego 001MINSAL.	80% respecto al número de Proyectos de Inversión Presupuestados al 2016	37.5% respecto al número de Proyectos de Inversión Presupuestados al 2016	-
Indicador 6.4: N° de estudios orientados a incrementar los recursos financieros para el sector.	Estudios	No se han realizado estudios orientados a sustentar el incremento de recursos financieros	Contar con un estudio anual por subsistema al 2016.	1	-



Indicador 6.5: % de Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud.	Porcentaje	2011: 81.7% de ejecución presupuestal. Fuente: Página Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas. 2011. Se proyecta un estudio de calidad de gasto presupuestal y la proyección de metas al 2016 estarían sujetas al resultado de este estudio.	100% de ejecución presupuestal con calidad de gasto (2016).	94.5 de ejecución presupuestal con calidad de gasto (2016)	-
Indicador 6.6: % de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición.	Porcentaje	3% Fuente: Informe de Evaluación POA 2011 OGPP/OGPI.	50% (2016)	75%	150.00

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó que Oficina Generales o Direcciones podrían llevar el monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.

Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA e información brindada por Direcciones y U.E. señaladas en el Cuadro n° 37.

Indicador 6.1: N° de propuestas de proyectos de ley sobre presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria y que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, entre otros.

Respecto a los resultados del indicador denominado “N° de propuestas de proyectos de ley sobre Presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria y que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, entre otros.”, no se estableció una meta cuantificable describiéndose en el PEI como metas finales, las siguientes: 1) Ministerio de Salud y Organismos Públicos del Sector Reorientados. 2) Aprobación de la Actualización de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Asimismo, toda vez que la línea de base se define en términos cualitativos, por cuanto remite a la situación descrita en el diagnóstico del PEI 2012 – 2016 MINSA, la principal norma legal y/o proyecto normativo ligado a este indicador, durante el periodo 2012 – 2016, es el Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, de fecha 07 de diciembre de 2013, con el cuál se alcanza la meta referida a la aprobación de la actualización de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. De igual manera, respecto al reordenamiento de los Organismos Público del Sector a fin de mejorar la función de



apoyo a la gestión del Ministerio, desde el último semestre del año fiscal 2016 se vienen realizando las siguientes acciones:

- Se dispuso la reorganización del Seguro Integral de Salud (SIS), mediante Decreto Supremo N° 039-2016-SA, publicado en fecha 08.10.2016, por el plazo de ciento veinte (120) días calendario.
- Por iniciativa del Poder Legislativo, se aprobó la Ley N° 30526, Ley que desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, publicado en fecha 15.12.2016, dicho organismo público fue desactivado mediante la derogación del Decreto Legislativo N° 1167 que le dio creación. En relación a ello, se dispuso el cambio de naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) mediante Decreto Legislativo N° 1305, Decreto Legislativo que optimiza el funcionamiento y los servicios del Sector Salud, publicado en fecha 29.12.2016, en el Artículo 3° y en la Disposición Complementaria Derogatoria, respectivamente se dispone la incorporación del INEN como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud; así como la derogación de la Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.
- Decreto Legislativo N° 1305 en mención, señala como Disposición Complementaria Modificatoria que el Instituto Nacional de Salud, se desarrollará según la estructura funcional que apruebe su Reglamento de Organización y Funciones.
- Decreto Legislativo N° 1289 - Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud, publicado en fecha 29.12.2016, la misma que señala un plazo máximo de 90 días para la aprobación de su ROF.⁷⁸

Indicador 6.2: N° de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud.

Antes de pasar a señalar los resultados para este indicador, es preciso señalar que en el PEI 2012 – 2016 se consignó como prioridad de política en salud, para el periodo 2012 – 2016, entre otros, contar con *“Recursos Humanos calificados y asignados con calidad”*⁷⁹, considerando para ello, *“Cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria concordante con la implementación del plan de inversión”* y *“Generar Incentivos remunerativos y profesionales para atención de establecimientos más alejados y de fronteras”*. En atención a ésta política de salud, se propusieron los siguientes Objetivos Específicos vinculados:

⁷⁸ Toda la información respecto a este indicador ha sido tomada del Memorandum N° 016-2017-OOM-OGPPM/MINSA
⁷⁹ Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 MINSA. Página 42



- “6.5 Haber fortalecido las relaciones del sector con las facultades e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y logrado adecuar el perfil de los egresados a las necesidades del país.”
- “6.6 Haber corregido distorsiones del mercado laboral mediante mensajes claros a través de la contratación de personal orientado a cubrir las prioridades del sector y mejorado las condiciones de trabajo e incentivos para el trabajo en zonas de condiciones difíciles.”
- “6.7 Haber logrado la aprobación de la ley que rige la carrera del servicio en salud para el sector público y de la seguridad social con la que vienen incorporándose los nuevos profesionales de la salud.”

A respecto, conforme ha sido advertido por la Dirección General de Personal de la Salud⁸⁰, los citados objetivos específicos son una muestra de que se realizó un diagnóstico más o menos completo del campo de recursos humanos en salud (RHUS), por cuanto se identificaron tres problemas relacionados a la articulación docente-asistencial, el mercado laboral y condiciones de trabajo (no se estableció como problema el tema de dotación y distribución de RHUS). Sin embargo, finalmente el indicador para revisar los avances en materia de recursos humanos, sólo mide uno de los objetivos y, además, de manera parcial: el proceso de formación en ciencias de la salud (50% de las facultades de medicina e instituciones formadoras de RHUS se ajusta a los acuerdos sobre programas de formación).

En relación a ello, ha sido precisado por la misma Dirección General que esta distorsión ha sido corregida en la propuesta de indicadores para el Plan Estratégico Institucional aprobado para el período 2017 – 2019. Habiéndose incluido indicadores que podrán ser racionalmente alcanzables, dada la complejidad de las intervenciones en el campo de los recursos humanos en salud, tomando en consideración que confluían al logro de las metas y a la ejecución de las estrategias, entre otros, la voluntad política, capacidad técnica y el financiamiento.

Sin perjuicio de lo señalado, se señalan a continuación los resultados respecto al indicador “Nº de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud”:

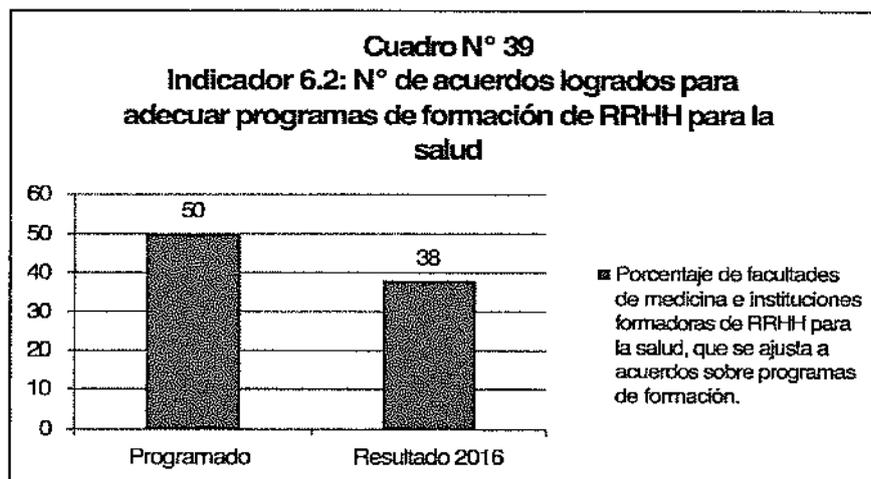
Si bien la línea de base fue descrita en los siguientes términos “*Existen varios planes de formación profesional que operan de manera descoordinada (Colegios Profesionales, CAFME, CONAFU, ANR, ESSALUD, FOROSALUD)*”⁸¹, la meta final se propuso en términos cuantitativos, lo que permite efectuar un comparativo entre lo programado y lo alcanzado al año 2016, tal y como se muestra en el Cuadro N° 39, el 38% de las facultades de medicina e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud se ajusta a los acuerdos sobre programas de formación.⁸²

⁸⁰ Correo electrónico de fecha 26 de mayo de 2017.

⁸¹ PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 866-2013/MINSa. Pag. 44

⁸² Memorandum n° 144-2017-DG-DGRH/MINSa, de la ex Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, cuyas funciones se encuentran a la fecha, a cargo de la Dirección General de Personal de la Salud.





Elaboración propia

Fuente: PEI 2012 – 2016 del Pliego MINSA aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSA e información brindada por la ex Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, cuyas funciones se encuentran a la fecha, a cargo de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos en Salud.

Respecto a este indicador, la Dirección General de Personal de la Salud (Antes Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud)⁸³, indicó que entre los principales problemas afrontados para implementar la meta de este indicador, se encontraba la *"Falta de recursos económicos que permitieran institucionalizar el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM en las Universidades en el marco de la convocatoria a concurso público para ejecutar dicho programa a nivel nacional"*; y a efectos de superar el problema descrito se han realizado acciones como la *"Formulación de actividades en el POA para incorporar programas educativos oficializados por el MINSA, en el mercado educativo"*; y la *"Gestión con el nivel regional y local para la institucionalización de programas educativos (...)"*.⁸⁴

Indicador: % de Establecimientos de Salud con intervenciones en infraestructura y equipamiento e indicador: % de Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud

Respecto al indicador denominado *"porcentaje de Establecimientos de Salud con intervenciones en infraestructura y equipamiento"*, es necesario advertir que el mismo mide casi lo mismo que el indicador *"porcentaje de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento para el primer y segundo nivel de atención"* del Objetivo Estratégico Institucional N° 03, la única diferencia que se advierte es que este indicador para el Objetivo estratégico Institucional 06, no se restringe únicamente a la inversión para el primer y segundo nivel de atención. Conforme a ello, también es necesario advertir dos debilidades que generaron dificultad para medir los resultados del mismo.

⁸³ Memorandum N° 144-2017-DG-DGRH/MINSA

⁸⁴ Memorandum N° 144-2017-DG-DGRH/MINSA



La primera debilidad, es que la Línea de Base planteada para el indicador señala que se trata del porcentaje del presupuesto destinado a proyectos de inversión pública, sin embargo, no se toma en cuenta que no necesariamente todo el presupuesto destinado a inversión mediante proyectos de inversión pública, va dirigido a financiar infraestructura y equipamiento, sino que además financia otros componente de un proyecto, como los de capacitación, sensibilización, entre otros. De igual manera, la fuente de información debería ser a futuro, el módulo presupuestal del SIAF – MEF del Pliego y Unidades Ejecutoras; y, el Banco de Proyectos (considerando claro que el mismo se encuentra con registros debidamente actualizados).

La segunda debilidad, es que no se definió a un responsable del monitoreo de este indicador, lo que no permitió realizar el monitoreo permanente del indicador. A pesar de lo señalado, se realizó la medición de este indicador para el año 2016, tomando como fuentes: la Información presupuestal tomada del SIAF, Banco de proyectos del SNIP, ambos sistemas administrados por MEF. Conforme a ello, en el último año (2016), el porcentaje de la inversión destinada a infraestructura y equipamiento asciende a 37.5% respecto al número de Proyectos de Inversión Presupuestados al 2016 porcentaje superior al programado, valor que no alcanzó el 50% planificado como meta.

Una situación similar se advierte respecto al indicador *“Porcentaje de Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud”*, por cuanto la fuente de información que se plantea es la Página Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas, sin señalar y/o establecer cómo medir o discernir la *“Ejecución Presupuestal con calidad de gasto”*, verificándose que la línea de base es en realidad en porcentaje global de ejecución presupuestal del Sector Salud al cierre del año 2011, el mismo que ascendió a 81.7% de ejecución, por todo concepto y fuente, sin hacer distinción entre ejecución con calidad de gasto o sin calidad de gasto. La meta para este indicador se planteó en *“100% de ejecución presupuestal con calidad de gasto”*.

Sin perjuicio de lo señalado, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización – OGPPM, presentó en mayo de 2017, ante el Ministerio de Economía y Finanzas, la Contraloría General de la República y a la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República, el Informe de Evaluación Anual 2016 del Presupuesto Institucional del Pliego 011: Ministerio de Salud⁸⁵, en el cuál se señala que *“Al cierre del año fiscal 2016, el Pliego 011 Ministerio de Salud alcanzó una ejecución presupuestal de S/. 1 771 131 992,00 por toda fuente de financiamiento, tal y como se observa en el Cuadro (...). El nivel de ejecución fue del 90.4% respecto al Presupuesto Institucional Modificado de S/. 1 9 58 463 768,00 (...).”* El detalle por fuente de financiamiento se muestra a continuación:



⁸⁵ Oficio Circular N° 023-2017-OGPPM-OP/MINSA

EJECUCION DE GASTOS 2016
PLIEGO 011: MINISTERIO DE SALUD
(EN SOLES)

POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIA	PIM	EJECUCION	
			IMPORTE	%
1 RECURSOS ORDINARIOS	2,893,130,712	1,710,756,254	1,674,676,556	97.9
2 RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	62,785,452	109,769,735	96,336,260	87.8
3 RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	630,714,878	136,266,933	0	0.0
4 DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	1,668,846	119,176	7.1
TOTAL	3,586,631,072	1,958,493,768	1,771,131,982	90.4

Fuente: Conciliación Presupuestal 2016 - PP1 y EP1

Elaborado por: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización – OGPPM

Asimismo, refiere la OGPPM que el calificativo del indicador de gestión, proporcionado por el aplicativo informático “*Sistema de Gestión Presupuestal*” del Ministerio de Economía y Finanzas, para el año 2016 es “*Muy bueno*” (Módulo I de la opción Evaluación Presupuestal)⁸⁶.

Indicador 6.4: N° de estudios orientados a incrementar los recursos financieros para el sector

De otro lado, respecto al indicador “*N° de estudios orientados a incrementar los recursos financieros para el sector*”, la línea de base se definió como “*No se han realizado estudios orientados a sustentar el incremento de recursos financieros*”⁸⁷, y la meta prevista para el final del periodo era “*Contar con un estudio anual por subsistema*⁸⁸ *al 2016*”. Al respecto, la ex Dirección General de Aseguramiento en Salud, hoy denominada Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, señaló: “*En el Pliego 011 - Ministerio de Salud, se creó la Dirección General de Aseguramiento en Salud en febrero de 2016 con la aprobación del ROF del MINSa (mediante Decreto Supremo N° 007-2016-SA). En esta nueva estructura orgánica se considera a la Dirección General de Aseguramiento en Salud como la responsable de formular y proponer las políticas en materia de aseguramiento en salud, establecer estrategias, orientar el desempeño del sistema hacia objetivos definidos en el marco de su rol rector*”.

Respecto al número de estudios, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, ha precisado que en el año 2016 se ha realizado un estudio

⁸⁶ Informe de Evaluación de la Ejecución Presupuestal al año fiscal 2016. OGPPM 2017 – MINSa. Página 1

⁸⁷ PEI 2012 – 2016 del pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa. Pag. 44

⁸⁸ De acuerdo a la publicación de la OIT denominado “El Sistema de Salud del Perú”; según la procedencia de los fondos que financian los servicios de salud, el Sistema de Salud en el Perú se subdivide en cinco: 1) el Subsistema de servicios de Salud que el Gobierno ofrece tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, este Subsistema está estructurado en tres niveles (nacional, regional y local, 2) el Seguro Social de Salud – Essalud adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 3) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscritas al Ministerio de Defensa. 4) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, 5) las Instituciones del Sector Privado (EPS, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil. (En: *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, Luis Casanova y Pablo Casali. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013.184 p.)



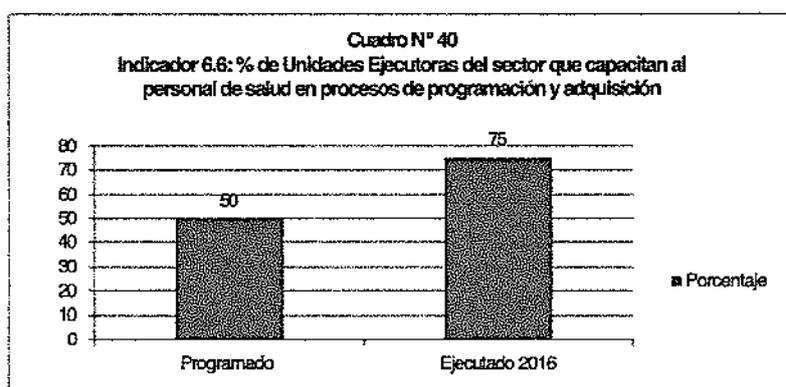
sobre costos en salud⁸⁹ y que para el año 2017, se ha programado realizar estudios financieros, encontrándose entre ellos, un estudio sobre estructura de costos en salud, estudio sobre metodología de cálculo de tarifas en salud, estudio sobre espacio fiscal para el aseguramiento en salud.

Indicador 6.6: % de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición

Finalmente, el indicador “% de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición”, fue el único indicador con desempeño óptimo verificable, ya que se superó al 50% previsto. Es preciso señalar que el universo de Unidades Ejecutoras son las existentes al final del año 2016 (último año de vigencia del PEI en evaluación), es decir 04 Unidades Ejecutoras:

- 1) Unidad Ejecutora 001: Administración Central
- 2) Unidad Ejecutora 022: Dirección de Salud II Lima Sur, denominada al cierre del año fiscal 2016, Dirección de Salud de Lima Metropolitana.
- 3) Unidad Ejecutora 123: Programa de Apoyo A La Reforma del Sector Salud – PARSALUD, denominada al cierre del año fiscal 2016, Unidad Ejecutora 125: Programa Nacional de Inversiones en Salud – PRONIS.
- 4) Unidad Ejecutora 124: Dirección de Abastecimientos de Recursos Estratégicos de Salud – DARES, denominada al cierre del año fiscal 2016, Centro Nacional de Abastecimientos de Recursos Estratégicos de Salud - CENARES.

Por ello, el 25% logrado, se debe a que la Unidad Ejecutoras PRONIS no realizó directamente este tipo de capacitaciones a su personal, sin perjuicio de que sus funcionarios y/o servidores pudieran haber sido capacitados en esta materia por los Organismos que financiaban las intervenciones del ex PAR SALUD.



Elaboración propia
Fuente: PEI 2012 – 2016 del Pliego MINSa aprobado mediante R.M. N° 666-2013/MINSa e información brindada por la ex Dirección General de Recursos Humanos.



⁸⁹ Memorandum n° 146-2017-DIGEPRES/MINSa (Exp. 17-012007-003)

4. EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL VINCULADA A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

A efectos de conocer la evolución de la asignación presupuestal en el quinquenio 2012 – 2016, se ha tomado en consideración que si bien el Plan Estratégico Institucional en evaluación es del Pliego Ministerio de Salud, los Objetivos Estratégicos Institucionales formulados en él atienden a Objetivos Sectoriales Nacionales concordantes con las Políticas Públicas aprobadas para el Sector en instrumentos como el Acuerdo Nacional, el Plan Nacional Concertado de Salud al 2020, entre otros. Por tal motivo, la información que se toma en consideración para acercarnos a la inversión destinada al logro de los indicadores del PEI 2012 – 2016 MINSA, es la inversión integral del Sector Salud destinada a los Programas Presupuestales, los mismos que atienden a objetivos de política nacional prioritarios y que para el caso del Sector Salud involucran también la intervención y por tanto, la asignación de recursos a los Gobiernos Subnacionales (Regional, Provincial, Local).

En atención a lo señalado se muestran a continuación los recursos destinados a cada uno de Programas Presupuestales relacionados a los Objetivos Estratégicos planificados en el PEI 2012 – 2016 MINSA, así como la asignación de recursos destinados al Sector Salud:

4.1 EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL VINCULADA AL OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL N° 1 (OEI 1): *“Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable”.*

Programa presupuestal relacionado al OEI 01: **Programa Presupuestal “0001 – Programa Articulado Nutricional”**

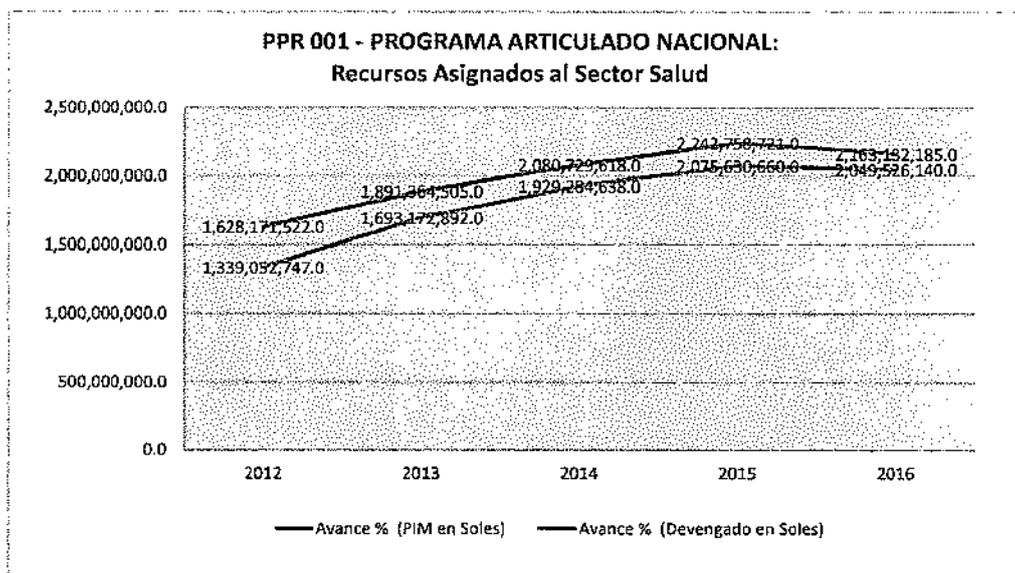
Atendiendo a la política de reducción de la desnutrición crónica en menores de cinco años, se cuenta a la fecha como herramienta de gestión, en el Estado Peruano, con el Programa Presupuestal “0001 – Programa Articulado Nutricional”, el mismo que tiene como responsable al Ministerio de Salud y que define las actividades y productos que pueden presupuestar los tres niveles de gobierno (Nacional, regional y local), a efectos de atender la alta prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años. Este Programa Presupuestal busca ordenar la asignación de recursos presupuestales en función a resultados objetivos y medibles.

El PPR 001 plantea como resultado final: *“Disminuir la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años”* y como resultados intermedios, *“Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, reducir la morbilidad en Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y otras enfermedades prevalentes, reducir la incidencia de bajo peso al nacer, mejorar el estado nutricional de la gestante; y, la adopción de prácticas saludables en los*



hogares para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses".⁹⁰

Al respecto, en el siguiente gráfico se muestra la evolución del presupuesto asignado al PPR 001 - "Programa Articulado Nacional", en el Sector Salud, verificándose un incremento de recursos otorgados, así como de la ejecución de los mismos desde el año 2012 hasta el año 2016, verificando que la mayor asignación de recursos se realizó en el 2015, que cerró el año fiscal con una asignación de S/. 2,242,758,721.0, cifra que disminuyó a S/. 2,163,132,185.0 en el año 2016.



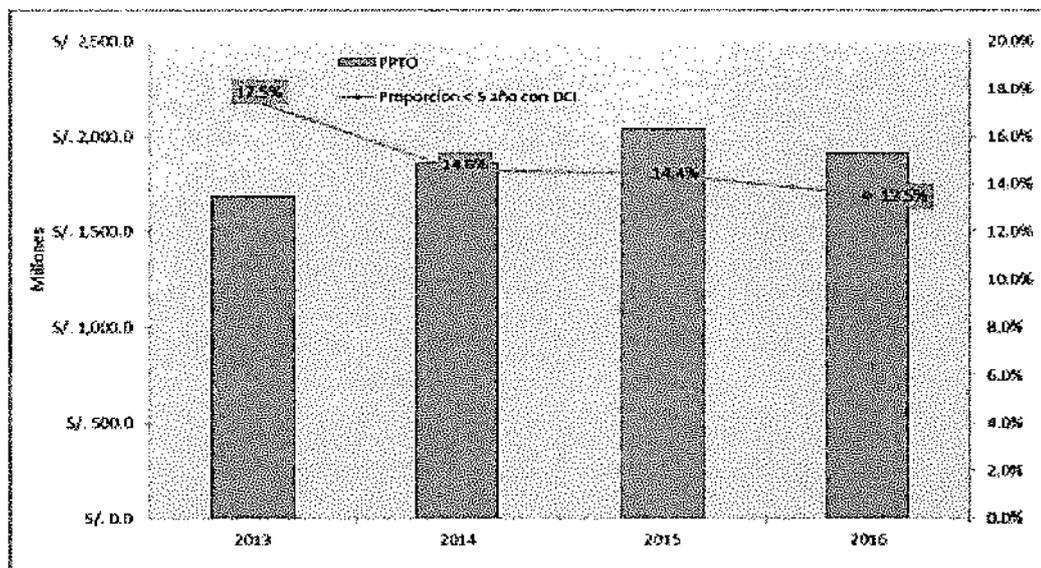
Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF

Respecto a la efectividad en el gasto, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, en el documento denominado "Evaluación de la gestión y ejecución presupuestal I semestre 2016 y formulación 2017 en el marco de las acciones 06; 08; 09; y 10 del plan de articulación territorial y seguimiento de las transferencias del nivel nacional", refiere que respecto al Programa Articulado Nacional – PAN "(...)se puede apreciar que durante los años 2013 al 2016 se ha incrementado el presupuesto, sin embargo el indicador que muestra el grado de desnutrición crónica en niños menores de 0 a 5 años nos da como resultado que a partir del año 2014 al I semestre 2016 solo ha disminuido un(1) punto porcentual, es decir 13.5 % de los niños del Perú tienen desnutrición crónica, situación preocupante considerando que todos los años se asigna mayor presupuesto y no existe un descenso considerable."



⁹⁰ Matriz lógica del Programa Presupuestal 0001 - Programa Articulado Nutricional.

DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS vs EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO



Fuente: Cubo SIAF 30/05/2016- ENDES I semestre 2016

Elaborado por Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

Conforme se aprecia, la asignación de mayores recursos no ha ido necesariamente de la mano con la mejora importante de los indicadores sanitarios, siendo recomendable reorientar los esfuerzos hacia la focalización, a efectos de obtener mejores resultados en los siguientes años.

4.2 EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL VINCULADA AL OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL N° 2 (OEI 2): “Reducir la morbilidad materna neonatal en la población más vulnerable”.

Programa presupuestal relacionado al OEI 2: **Programa Presupuestal “0002 – Salud Materno Neonatal”**

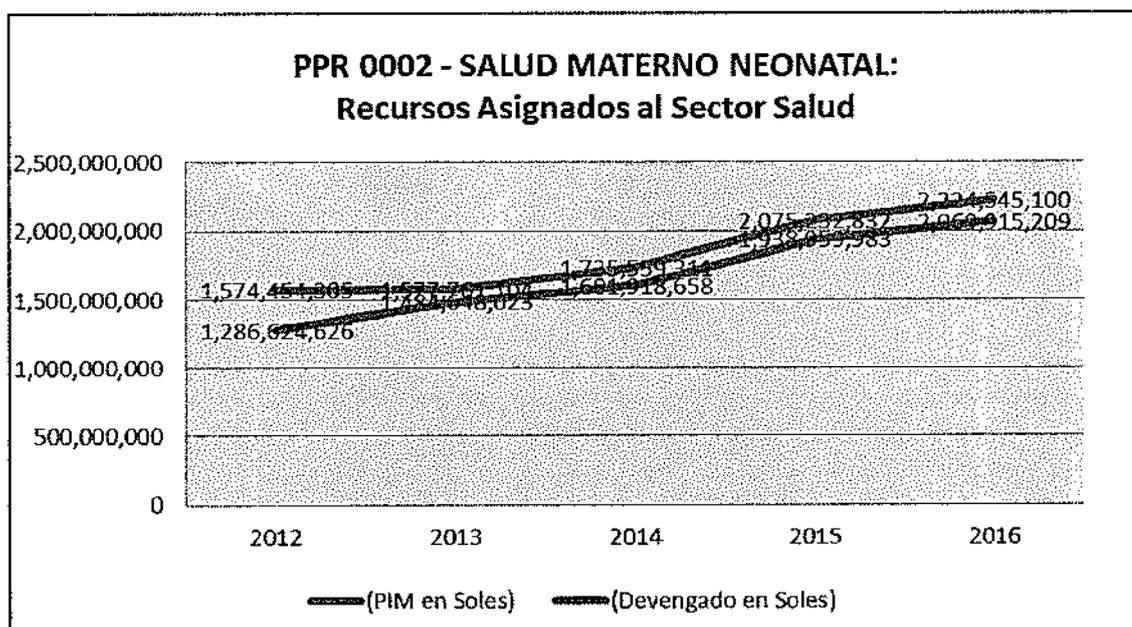
Respecto a la elevada mortalidad materna, morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal, también se ha diseñado en el Perú, un Programa Presupuestal denominado “*PPR 0002 – Salud Materno Neonatal*”, el cual también tiene como responsable al Ministerio de Salud y que define las actividades y productos presupuestables para los tres niveles de gobierno (Nacional, regional y local).

Este programa presupuestal se plantea como resultado final “*Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal*” y como resultados intermedios, la “*conducción de la gestión de la estrategia, en función al número de establecimientos calificados como EESS con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas, Específicas e*



Intensivas, la difusión de información a la población sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar, la deducción de la morbilidad y mortalidad materno; y, la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal."⁹¹

Al respecto, en el siguiente gráfico se muestra la evolución del presupuesto asignado al PPR 002 - "Salud Materno Neonatal", en el Sector Salud, verificándose un incremento de recursos otorgados, así como de la ejecución de los mismos desde el año 2012 hasta el año 2016, verificando que la mayor asignación de recursos asciende a S/. 2, 224, 545,100.00 en el año 2016; y la mayor ejecución de recursos también se registró en el mismo periodo, al haberse ejecutado S/. 2, 069, 915, 209.00, equivalente al 93% de ejecución en el Sector, para ese año.



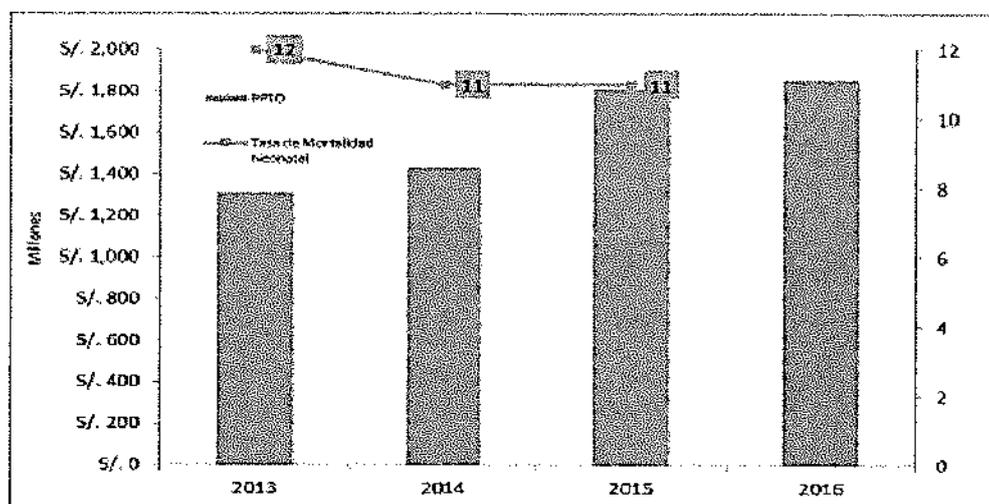
Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF

Respecto al Programa de Salud Materno Neonatal, se muestra a continuación un cuadro que compara la evolución de presupuesto versus la Tasa de Mortalidad Neonatal, el mismo que es su principal indicador:



⁹¹ Matriz lógica del Programa Presupuestal 0002 - Salud Materno Neonatal.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL vs EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO



Fuente: Cubo SIAF 30/08/2016- ENDES I semestre 2016

Elaborado por Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

En relación a la eficacia del Presupuesto asignado para este Programa Presupuestal, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, señala también en el documento denominado “Evaluación de la gestión y ejecución presupuestal I semestre 2016 y formulación 2017 en el marco de las acciones 06; 08; 09; y 10 del plan de articulación territorial y seguimiento de las transferencias del nivel nacional”, que “(...)se observa que el presupuesto se ha incrementado en todas las regiones, pero los indicadores de resultado no han respondido en el mismo ritmo o han mejorado levemente. Se menciona además que las metas de los indicadores y productos no se articulan con la asignación de presupuesto otorgado, por cuanto en algunos casos las metas físicas se han reducido o mantenido no guardando la correspondencia con la ejecución presupuestal (...)”.

4.3 EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL VINCULADA AL OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL N° 3: “Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza”.

Programa presupuestal relacionado al OEI 3: **Programa Presupuestal “0018 - Enfermedades No Transmisibles”**

Dentro de este programa presupuestal se encuentran las acciones y productos para atender enfermedades crónicas no trasmisibles como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, entre otras enfermedades como la obesidad, caries dental, gingivitis, retinopatías, cataratas, errores refractarios, intoxicación por metales pesados, condiciones perinatales, enfermedades osteoarticulares, entre otras.

Este Programa Presupuestal se plantea como resultado final la “Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades no transmisibles; y como resultados intermedios: “Mayor población con estilos de vida saludables y con

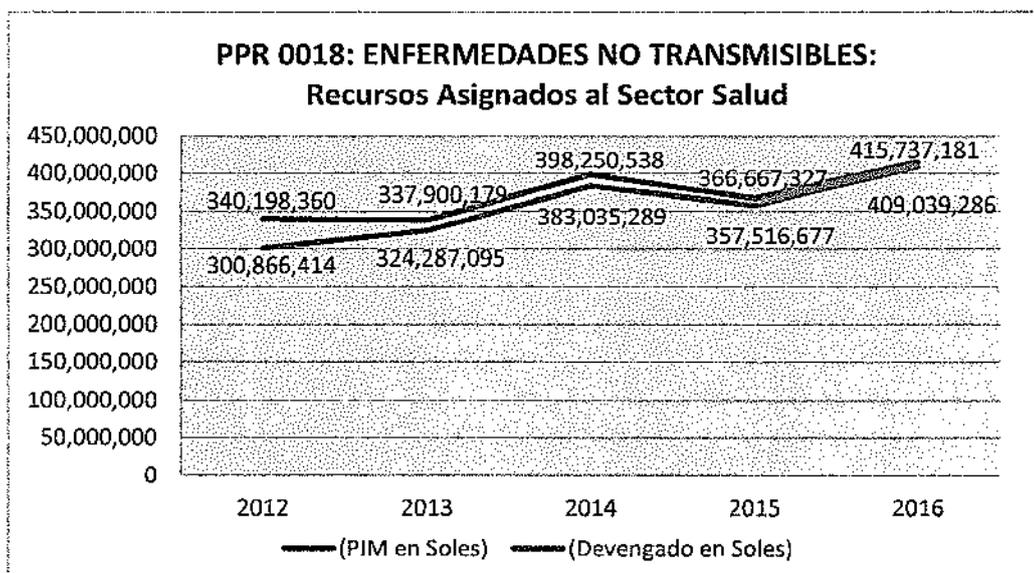


menos factores de riesgo de enfermedades no transmisibles”, “Mayor población con hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente”. Asimismo, los resultados inmediatos programados son:

- “Población priorizada con problemas de cataratas y errores refractivos, recibe diagnóstico y tratamiento oportuno”.
- “Mayor población de niños y niñas con valoración de agudeza visual para identificar casos de errores refractivos y recibe manejo de calidad por profesionales de salud”.
- “Población tamizada y diagnosticada con enfermedades de la cavidad bucal”.
- “Mayor población que recibe información acerca de estilos de vida saludables”.

Conforme se puede verificar la asignación de recursos muestra una tendencia creciente, con la mayor cantidad de recursos en el año fiscal 2016, año en que se contó con un presupuesto institucional modificado ascendente a S/. 415,737,181.00 en el Sector Salud y una ejecución en el mismo año de S/. 409,039,286. Este incremento de recursos es compatible con los resultados positivos medidos por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública en relación a la hipertensión arterial y al control de la Diabetes Mellitus, ya que para ambos, la cifra de los pacientes con tratamiento y control de su enfermedad ha incrementado notablemente en el quinquenio, conforme se describió en el numeral referido al Objetivo Estratégico Institucional N° 3.

Sin embargo, conforme ha sido manifestado por los responsables del monitoreo de este Programa Presupuestal, se requiere capacitar más a los actores regionales que tienen la responsabilidad de programar recursos, a efectos de que la ejecución de los montos asignados se destinen a los productos previstos en el respectivo Programa Presupuestal y no se destine a otros fines como el del pago de planillas, hecho que habría sido advertido en las acciones de monitoreo.



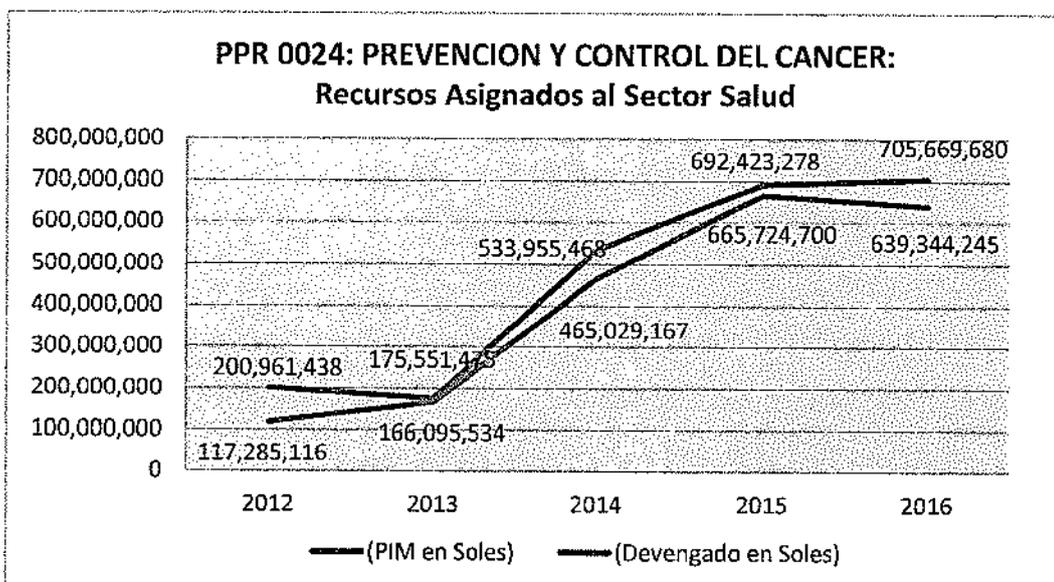
Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF



Programa presupuestal relacionado al OEI 3: Programa Presupuestal "0024 - Prevención y control del cáncer"

Este Programa Presupuestal también tiene como Entidad responsable al Ministerio de Salud (MINSA) y se ejecuta en los tres niveles de gobierno (nacional, regional, local), en la Matriz lógica del mismo se ha previsto como resultado final la "Disminución de la morbimortalidad por cáncer en la población", y como resultado específico: "Contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer mediante el mejoramiento del acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos".

Al igual que en los otros Programas Presupuestales, la tendencia para este PPR es hacia el crecimiento de los recursos asignados, se puede verificar que los recursos mostraron un incremento considerable respecto año 2012, pasando de S/. 200, 961, 438.00 a S/. 705, 669, 680.00 en el año 2016. Al respecto, si bien la incidencia ha incrementado al año 2012 (último año con resultados publicados por Globocan), se espera que una vez que se cuente con los resultados al año 2016, la tendencia de la incidencia disminuya debido a la mayor cantidad de recursos provistos por el Estado.



Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF

Programa presupuestal relacionado al OEI 3: Programa Presupuestal "0131 - Control y prevención en salud mental"

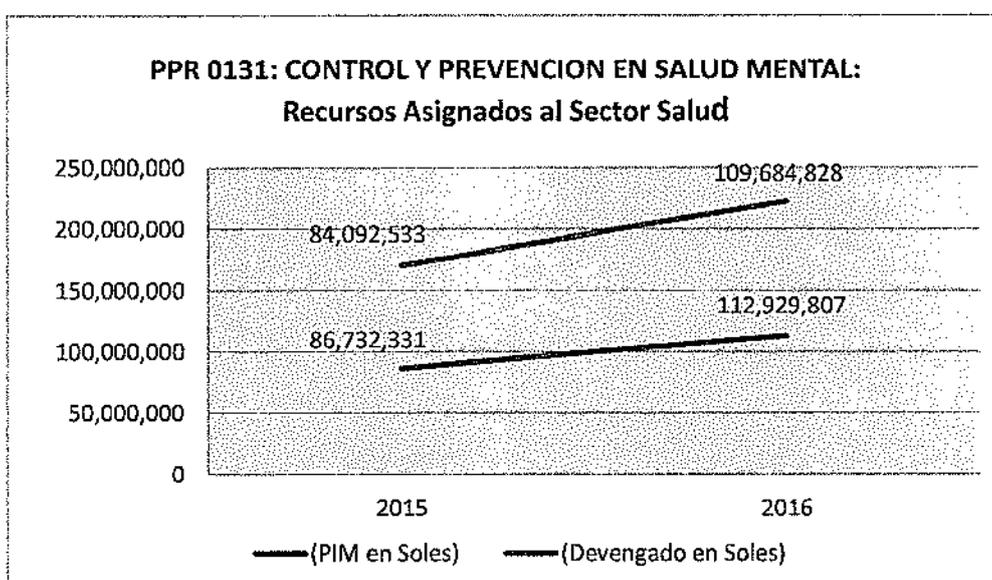
Este Programa Presupuestal busca mejorar la situación en relación al limitado acceso de la población a los servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud. La Entidad responsable del PPR 0131 es la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud (MINSA) y participan en la ejecución del mismo, el gobierno nacional y el regional.

De acuerdo a la matriz lógica del PPR, el resultado específico esperado es: "Población en riesgo, con problemas psicosociales y trastornos mentales, que



accede a la atención integral de salud mental"; y mediante este PPR se asignan recursos, entre otros, para el tratamiento de personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol. Se puede advertir que recién desde el año 2015 se han asignado recursos presupuestales en este Programa Presupuestal.

Los recursos asignados, al igual que en los otros PPR muestran un crecimiento en relación al año previo, al respecto, se debe priorizar la medición anual de los resultados para conocer la idoneidad del crecimiento de recursos que se asignen, por cuanto si no se cuenta con fuente de información anuales que muestren el impacto de los recursos invertidos, el incremento de recursos no necesariamente reflejarán en una mejora de la situación respecto a los indicadores de salud mental.



Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF

Es pertinente señalar que del monto total mostrado en la gráfica que se habrían asignado a este PPR, el monto específicamente asignado al tratamiento y rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol, ascendió a S/. 11, 730,929.00 en el año 2015 y S/. 15, 774,619.00 en el año 2016.

4.4 EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL VINCULADA AL OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL N° 4: "Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza":

Programa presupuestal relacionado al OEI 4: **Programa Presupuestal "0017: Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis"**

Este Programa Presupuestal también tiene como Entidad Responsable al Ministerio de Salud y se ejecuta en los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local). De acuerdo a la matriz lógica, el resultado final esperado para este PPR

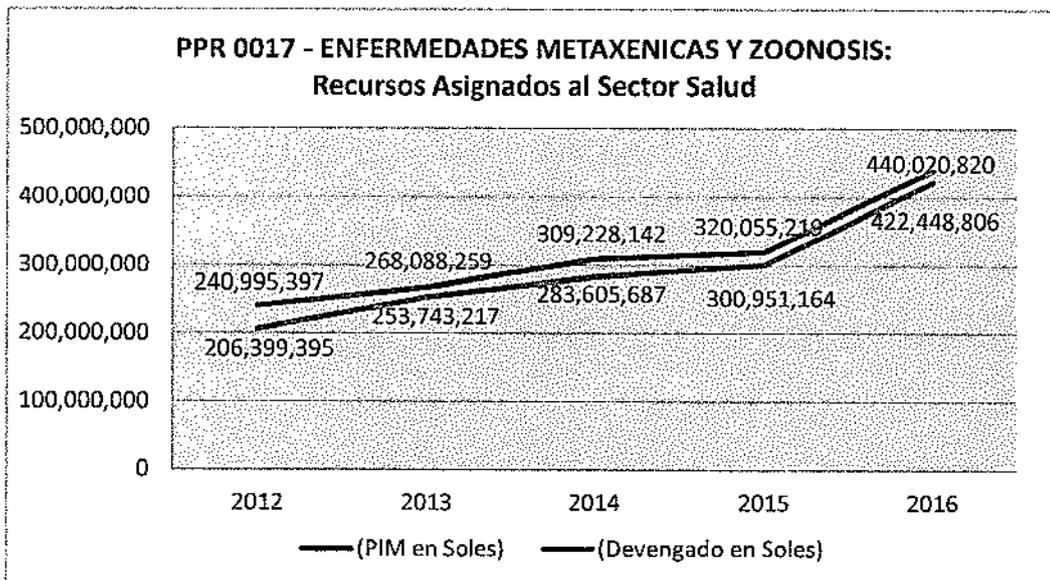


es: “La incidencia y letalidad de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas se ha reducido” y los resultados intermedios programados son:

- “La densidad de mosquitos que transmiten los agentes infecciosos a los humanos se ha reducido”.
- “Población protegida contra los agentes infecciosos de las enfermedades metaxénicas”.
- “Reservorios domésticos sin presencia de casos de rabia”.
- “La población reduce el contacto con reservorios animales infectados”.
- “La población está protegida contra las enfermedades zoonóticas”.

Los recursos de este PPR van dirigidos a atender malaria, dengue, enfermedad de Chagas, rabia humana (silvestre y urbana), entre otros. Es importante señalar que las enfermedades metaxénicas y zoonóticas están asociadas a la pobreza y afecta especialmente al ámbito rural y a las zonas urbanas marginales, ya que ambas condiciones facilitan la presencia de agentes virales, bacterianos y parasitarios, los cuales pueden causar brotes o epidemias con un elevado número de casos y letalidad variada.⁹².

Conforme puede apreciarse a continuación, la tendencia en la asignación y en la ejecución de recursos de este Programa Presupuestal se muestra creciente desde el año 2012.



Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF

Al respecto, en el año 2016, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, señala en el documento denominado “Evaluación de la gestión y ejecución presupuestal I semestre 2016 y formulación 2017 en el marco de las

⁹² Anexo 2 - Programa Presupuestal Enfermedades metaxénicas y zoonosis. Año 2017.

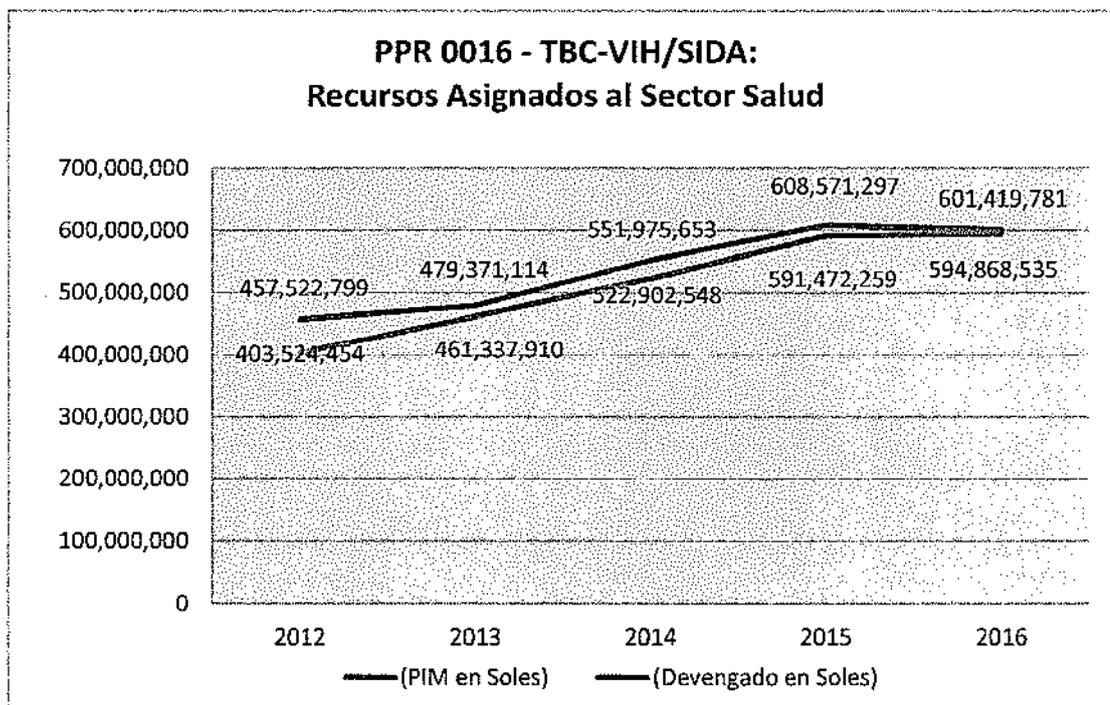


acciones 06; 08; 09; y 10 del plan de articulación territorial y seguimiento de las transferencias del nivel nacional", que para ese año, se efectuaron transferencias a la regiones por emergencias sanitarias, sin embargo de acuerdo a los informes que habrían obtenido, la Incidencia de Dengue se encontraba en aumento, señalando como acción necesaria "(...)priorizar actividades de promoción, prevención y control de Dengue en todas las redes".

Por tanto, se requerirá al igual que en otros casos, insistir en la prevención de estas enfermedades y en la focalización, para lograr que la cifra creciente de casos disminuya en el corto plazo.

Programa presupuestal relacionado al OEI 4: Programa Presupuestal "0016: TBC-VIH/SIDA"

Con este Programa Presupuestal se busca reducir la persistencia de la tuberculosis en la comunidad, y reducir la elevada morbimortalidad por ITS/VIH. Se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y comprende acciones y resultados para los tres niveles de gobierno (nacional, regional, local). Para este PPR se programan acciones para disminuir la incidencia de Tuberculosis Frotis Positiva, la transmisión del VIH y su tratamiento antirretroviral; y, la Hepatitis B Crónica. Conforme se verifica en el gráfico siguiente, la mayor cantidad de recursos ejecutados desde el año 2012, se advierte en el año fiscal 2016, año en el que se devengaron S/. 594, 868, 535 Millones de Soles en el Sector Salud.

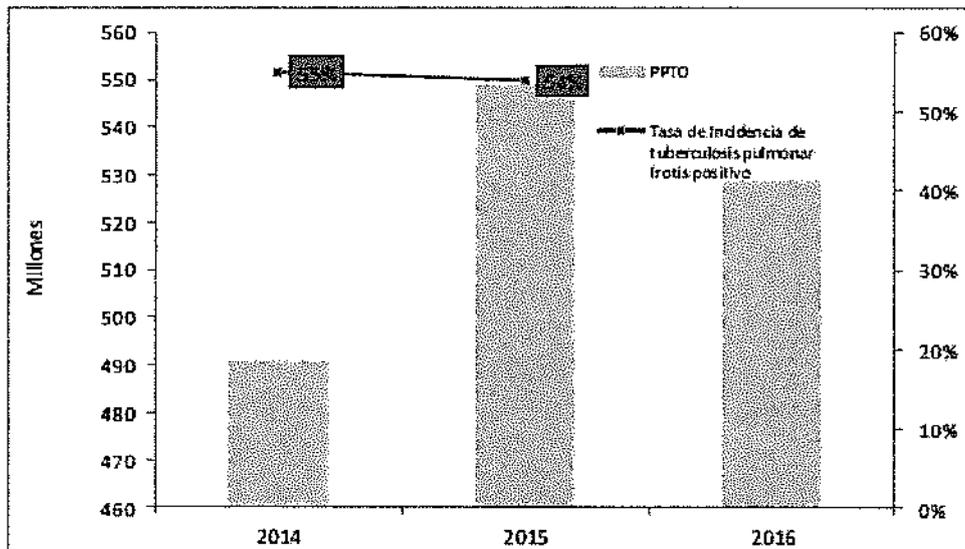


Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF



Al igual que en los otros Programas Presupuestales, la asignación de recursos ha ido incrementándose en los últimos cinco años, sin embargo, por ejemplo conforme se muestra en la gráfica siguiente, para el indicador de resultado referido a la incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, la mejora de los resultados sanitarios no muestra el impacto que se esperaría con esta mayor asignación de recursos, adviértase en el gráfico que la reducción del año 2014 al año 2015 es de 1%.

TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO vs EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO



Fuente: Cubo SIAF 30/08/2016 - Informe Operacional de tuberculosis

Elaborado por Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

4.5 EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL VINCULADA AL OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL N° 5: “REDUCIR LOS RIESGOS DE DESASTRES EN SALUD, ORIGINADOS POR FACTORES EXTERNOS”:

Programa presupuestal relacionado al OEI 5: Programa Presupuestal “0068: Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres”

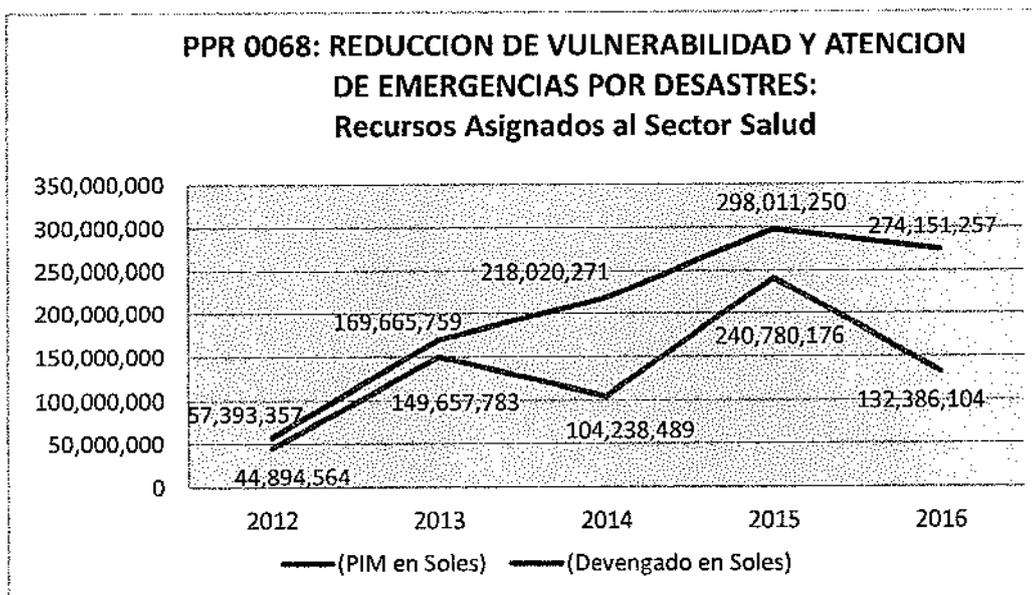
Este Programa Presupuestal a diferencia de los otros Programas Presupuestales referidos en el presente informe, tiene como Entidad Responsable a la Presidencia del Consejo de Ministros – PCM y es intersectorial toda vez que participan de él los siguientes Sectores: 1) PCM, 2) Ambiental, 3) Interior, 4) Educación, 5) Salud, 6) Agricultura, 7) Energía y Minas, 8) Defensa, 9) Vivienda, Construcción y Saneamiento, 10) Producción, 11) Mujer y Poblaciones Vulnerables. Asimismo, participan en la ejecución de este Programa Presupuestal, el gobierno nacional, regional y local.



La tendencia en la asignación de recursos para el Sector Salud en este PPR es ascendente desde el año 2012 hasta el año 2015, evidenciándose un incremento de S/. 57, 393, 357.00 en el año 2012 a S/. 298, 011, 250.00 en el año 2015 y una asignación de recursos e el año 2016 de S/. 274,151,257.00.

Los recursos ejecutados en este Programa Presupuestal muestran dos caídas en el periodo en evaluación, la primera en el año 2014 y la segunda en el año 2016, coincidiendo ambos con los meses posteriores a las modificaciones en la estructura orgánica del Ministerio de Salud, hecho que podría haber motivado la reducción de la ejecución, como producto de las adecuaciones a los cambios en la organización.

Conforme se ha referido en el análisis del Objetivo Estratégico Institucional N° 05, el incremento notorio de recursos destinados a las acciones de prevención y atención de emergencias por desastres podría explicarse en los esfuerzos concretos promovidos desde el Gobierno Central tales la entrada en vigencia del Reglamento de la Ley N° 29664, que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), la Resolución Ministerial N° 059-2015-PCM que aprueba los "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de los Centros de Operaciones de Emergencia – COE", entre otros.



Elaboración propia.
Fuente: Consulta amigable MEF

4.6 PRECURSOS PRESUPUESTALES DEL SECTOR SALUD PERIODO 2012 - 2016

Sin perjuicio de la información proporcionada para el año 2016 al analizar el indicador del Objetivo Estratégico Institucional N° 6 referido a la ejecución presupuestal con calidad de gasto; y, tomando en cuenta las dificultades advertidas para medir el gasto de calidad, a efectos de conocer la evolución de los recursos presupuestales asignados a la Función Salud para los tres niveles de



gobierno, durante el periodo 2012 – 2016 se procede a señalar a continuación la ejecución presupuestal de los cinco años de vigencia del PEI en evaluación:

AÑO 2012: ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD POR GENÉRICA DE GASTO (Soles)			
Función 20: SALUD	2,012		
Genérica	PIM	Devengado	Ejecución %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3,486,757,526	3,443,470,991	98.8
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	22,108,718	20,269,316	91.7
5-23: BIENES Y SERVICIOS	4,025,031,876	3,327,107,354	82.7
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	608,229,244	544,478,719	89.5
5-25: OTROS GASTOS	242,240,444	219,041,529	90.4
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	9,803,306	9,715,844	99.1
6-25: OTROS GASTOS	644,566	554,546	86.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,403,068,220	1,560,852,404	65.0
TOTAL	10,797,883,900	9,125,490,703	84.5

AÑO 2013: ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD POR GENÉRICA DE GASTO (Soles)			
Función 20: SALUD	2,013		
Genérica	PIM	Devengado	Ejecución %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	4,043,296,682	3,999,321,108	98.9
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	15,699,034	13,745,738	87.6
5-23: BIENES Y SERVICIOS	4,179,523,455	3,694,762,084	88.4
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1,018,590,499	1,015,738,781	99.7
5-25: OTROS GASTOS	400,083,524	383,856,892	95.9
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	20,988,751	20,988,750	100.0
6-25: OTROS GASTOS	223,444	199,350	89.2
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,607,067,742	2,048,307,865	78.6
TOTAL	12,285,473,131	11,176,920,568	91.0



AÑO 2014: ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD POR GENÉRICA DE GASTO (Soles)			
Función 20: SALUD	2,014		
Genérica	PIM	Devengado	Ejecución %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	5,580,904,135	5,471,399,669	98.0
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	48,275,868	45,440,800	94.1
5-23: BIENES Y SERVICIOS	4,848,402,117	4,293,979,254	88.6
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1,256,161,899	1,255,341,434	99.9
5-25: OTROS GASTOS	238,643,469	224,816,342	94.2
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	782,905	782,905	100.0
6-25: OTROS GASTOS	367,270	320,000	87.1
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,776,664,497	1,970,771,907	71.0
TOTAL	14,750,202,160	13,262,852,311	89.9

AÑO 2015: ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD POR GENÉRICA DE GASTO (Soles)			
Función 20: SALUD	2,015		
Genérica	PIM	Devengado	Ejecución %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	5,390,700,879	5,342,208,407	99.1
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	8,767,053	7,901,937	90.1
5-23: BIENES Y SERVICIOS	5,615,530,591	5,126,146,119	91.3
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1,571,502,378	1,571,210,651	100.0
5-25: OTROS GASTOS	191,973,757	186,806,484	97.3
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	288,164,580	286,526,762	99.4
6-25: OTROS GASTOS	391,330	306,575	78.3
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,519,267,477	1,954,595,845	77.6
TOTAL	15,586,298,045	14,475,702,780	92.9



AÑO 2016: ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD POR GENÉRICA DE GASTO (Soles)			
Función 20: SALUD	2,016		
Genérica	PIM	Devengado	Ejecución %
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	5,982,398,880	5,962,513,110	99.7
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	7,740,971	6,621,722	85.5
5-23: BIENES Y SERVICIOS	5,945,974,763	5,545,189,967	93.3
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1,337,743,709	1,336,175,691	99.9
5-25: OTROS GASTOS	213,983,736	206,148,143	96.3
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	153,084,036	22,770,915	14.9
6-25: OTROS GASTOS	0	0	0.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,478,342,052	1,747,682,835	70.5
TOTAL	16,119,268,147	14,827,102,383	92.0

Conforme puede apreciarse la mayor cantidad de recursos se asigna para la Genérica de gasto correspondiente a "*Personal y Obligaciones Sociales*", que comprende gastos por el pago del personal activo de Sector Público con vínculo laboral, así como otros beneficios por el ejercicio efectivo del cargo y función de confianza. Asimismo comprende las obligaciones de responsabilidad del empleador e incluye asignaciones en especie otorgadas a los servidores públicos.⁹³

Asimismo, la segunda Genérica de Gasto con mayor asignación de recursos es la denominada "*Bienes y Servicios*" que comprende los gastos por concepto de adquisición de bienes para el funcionamiento institucional y cumplimiento de funciones, así como por los pagos por servicios de diversa naturaleza prestados por personas naturales (sin vínculo laboral con el Estado) o personas Jurídicas⁹⁴. En esta Genérica de Gasto se encuentran comprendidos entre otros, los gastos por la adquisición de medicamentos, vacunas, recursos terapéuticos, entre otros de naturaleza similar, así como los gastos por la adquisición de instrumental médico, médico quirúrgico u odontológico, material de laboratorio, entre otros. También se encuentra presupuestada en esta Genérica de Gasto, la Sub genérica correspondiente a la Contratación Administrativa de Servicios (C.A.S.) que en el año 2016 ascendió a un Presupuesto Institucional Modificado (P.I.M.) de S/. 1,441,750,668.00, mientras que en el año 2012 esta asignación fue de S/. 1,049,941,437.00.

⁹³ www.Ibidem.gob.pe

⁹⁴ Ibidem



La tercera Genérica de Gasto con mayor asignación de recursos en el quinquenio 2012 – 2016, es la Genérica denominada "Adquisición de activos no financieros" que comprende los gastos por las inversiones en la adquisición de bienes de capital que aumentan el activo de las instituciones del Sector Público. Estos recursos básicamente fueron destinados a la ejecución de Obras, elaboración de estudios de preinversión y a la elaboración de expedientes técnicos.

Según ha podido apreciarse, la asignación presupuestal para el Sector Salud (por los tres niveles de gobierno) ha ido en incremento en el periodo 2012 – 2016, siendo que el año que mayores recursos se ha asignado para la función Salud, ha sido el año 2016, donde los recursos asignados (PIM) ascendieron a S/. 16'119,268,147.00 . Asimismo, la mayor cantidad de recursos ejecutados en el periodo en evaluación, también se realizó en el mismo año, con una ejecución total de S/. 14'827,102,383.00. Los porcentajes más altos de ejecución en el periodo 2012 – 2016 se evidencian en los años 2015 y 2016; con 92.9% y 92% respectivamente, lo que puede apreciarse en el siguiente cuadro:

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD POR GENÉRICA DE GASTO (Millones de Soles)															
Función 20: SALUD	2,012			2,013			2,014			2,015			2,016		
	Genérica	PIM	Deven-gado	Ejec. %	PIM	Deven-gado	Ejec. %	PIM	Deven-gado	Ejec. %	PIM	Deven-gado	Ejec. %	PIM	Deven-gado
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3,487	3,443	98.8	4,043	3,999	98.9	5,581	5,471	98.0	6,391	5,342	99.1	5,962	5,963	99.7
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	22	20	91.7	18	14	87.6	48	45	94.1	9	8	90.1	8	7	85.5
5-23: BIENES Y SERVICIOS	4,025	3,327	82.7	4,180	3,695	88.4	4,048	4,294	88.6	5,516	5,126	91.3	5,946	5,545	93.3
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	608	544	89.5	1,019	1,016	99.7	1,258	1,255	99.9	1,572	1,571	100.0	1,338	1,336	99.9
5-25: OTROS GASTOS	242	218	90.4	400	384	95.9	239	225	94.2	192	187	97.3	214	206	96.3
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	10	10	99.1	21	21	100.0	1	1	100.0	288	287	99.4	153	23	14.9
6-25: OTROS GASTOS	1	1	86.0	0	0	89.2	0	0	87.1	0	0	78.3	0	0	0.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	2,403	1,561	65.0	2,607	2,048	78.6	2,777	1,971	71.0	2,519	1,955	77.6	2,478	1,748	70.5
TOTAL	10,798	9,125	84.5	12,285	11,177	91.0	14,750	13,263	89.9	15,566	14,476	92.9	16,119	14,827	92.0

5. CONCLUSIONES

5.1 En los siguientes nueve indicadores de los Objetivos Estratégicos del PEI 2012 – 2016 previstos para el Pliego MINSA, se alcanzó la meta programada para el periodo:

- OEI: "Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable."

Indicador: Tasa de Mortalidad Infantil.

- OEI: "Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable"

Indicador: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales.



Indicador: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.

Indicador: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación.

- OEI: "Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza."

Indicador: Tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo.

Indicador: % Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA)

- OEI: "Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos."

Indicador: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales.

Indicador: Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en salud.

- OEI: "Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión."

Indicador: % de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición.

5.2 Respecto a los 06 Objetivos Estratégicos determinados en el PEI 2012-2016 se señala lo siguiente:

- **"Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable"** (OE 1)

Se concluye que uno (01) de sus cuatro (04) indicadores, superó la meta propuesta para este Objetivo. Siendo el mismo, el Indicador "*Tasa de Mortalidad Infantil*", habiéndose reducido el número de defunciones de veinte (20) a quince (15) por mil nacidos vivos.

Es importante mencionar también los resultados para aquellos indicadores que aunque no alcanzaron la meta propuesta en el PEI 2012 – 2016 MINSA, mostraron mejora respecto a la Línea de Base, siendo los mismos: a) El indicador "*Tasa de Desnutrición Crónica Infantil*" que disminuyó de 18.3% a 13.5%; y, b) Indicador "*Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses*" que redujo de 17.6% a 16.7%. En atención a lo mencionado, tres (03) del total de cuatro (04) indicadores previstos para este Objetivo Estratégico Institucional, mostraron mejoría en relación a la situación inicial, por tanto, los esfuerzos realizados para la reducción de la desnutrición crónica infantil, muestran sus frutos al observarse la disminución del porcentaje de la misma, sin perjuicio de que se requieren impulsar mayores esfuerzos en el siguiente quinquenio a



efectos de atender este Objetivo Estratégico que se alinea con políticas prioritizadas a nivel nacional (Acuerdo Nacional) e Internacional. (Objetivos de Desarrollo Sostenible).

- **“Reducir la morbilidad materno neonatal en la población más vulnerable” (OE 2)**

Se concluye que 03 de sus 08 indicadores, alcanzaron la meta propuesta para este Objetivo. Siendo los mismos: Indicador: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales que incrementó de 64.20% a 75.60%, Indicador: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales que de 8.20% incrementó a 12.90%; e, Indicador: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación que incrementó de 74.90% se 79.90%. Es importante también resaltar que el indicador *“razón de mortalidad materna”* aunque no alcanzó la meta planificada, el resultado muestra que de 93 defunciones se redujeron a 68 por cien mil nacidos vivos. Por tanto, los esfuerzos desplegados para este Objetivo Estratégico referido a la reducción de la morbilidad materno neonatal, muestran logros que requieren seguir en ascenso.

- **“Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza” (OE 3)**

No ha sido posible efectuar el análisis comparativo de la situación al final del año 2016 respecto a las líneas de base, para ninguno de sus indicadores; debido a la falta de fuentes de información que pudieran ser comparables. Sin embargo, se han advertido avances positivos en relación a la hipertensión arterial y al control de la Diabetes Mellitus, al respecto, la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas, brindó información relacionada al número de pacientes con diagnóstico que recibe tratamiento y controla su enfermedad, verificándose un crecimiento progresivo del año 2011 al 2016, para Hipertensión Arterial, la cifra ha variado de 60 a 95,462; y, para Diabetes Mellitus los pacientes con tratamiento y control de su enfermedad han incrementado de 11,031 a 55,175.

- **“Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza” (OE 4)**

Se concluye que 02 de sus 09 indicadores, alcanzaron la meta propuesta para este Objetivo. Siendo los mismos: Indicador: Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo que redujo de 58 a 53 por cada 100,000 habitantes; e, Indicador: *% Sobrevivida de pacientes con VIH con Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA)*, que incrementó de 92% como línea de base a 94.50% al año 2016.

- **“Reducir los riesgos de desastres en salud” (OE 5)**

Dos de los cuatro indicadores lograron superar la meta programada, correspondiendo éstos a los indicadores: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencias de peligros naturales; y, Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en Salud. Respecto a este segundo indicador, se ha advertido que la cantidad de Centro de Operaciones de Emergencia se ha incrementado en mayor número que el proyectado,



pudiendo explicarse este incremento a los esfuerzos desde el Gobierno Central por implementar los mismos con acciones concretas como la entrada en vigencia del Reglamento de la Ley N° 29664, que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD), la Resolución Ministerial N° 059-2015-PCM que aprueba los "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de los Centros de Operaciones de Emergencia COE", incremento de recursos para atender emergencias otorgados a través del Programa Presupuestal 0068: Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, entre otros.

- **"Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión"** (OE 6),

Finalmente, respecto a este Objetivo Estratégico, no se ha logrado efectuar un análisis comparativo debido a que las líneas de base no se establecieron o no se establecieron claramente; y a dificultades en torno a las fuentes de información, sin perjuicio de ello, es importante resaltar que en el quinquenio 2012 – 2016, se aprobó el Decreto Legislativo N° 1161, de fecha 07 de diciembre de 2013, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, con el cual se alcanza la meta referida a la aprobación de la actualización de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- 5.3 Durante la recolección de información para la presente evaluación se evidenciaron dificultades en el recojo de información que impidieron efectuar un análisis comparativo efectivo, ello debido a que: a) las líneas de base no se establecieron o no se establecieron claramente; b) las fuentes de información no se establecieron; o, c) las fuentes no proporcionaron información que midiera directamente el indicador.
- 5.4 No se puede señalar que alguno de los Objetivos Estratégicos Institucionales haya alcanzado en conjunto, un porcentaje mayoritario de las metas planificadas para sus indicadores.
- 5.5 Durante el periodo 2012 – 2016, los recursos presupuestales para las acciones estratégicas del Sector han ido en aumento, sin embargo ello no ha reflejado en una mejora notable de los indicadores sanitarios. Se recomienda reforzar las acciones de focalización a fin de revertir la incidencia de enfermedades.
- 5.6 Los esfuerzos por fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión han incidido sobretudo en la reorganización del Ministerio de Salud, siendo necesario continuar con el fortalecimiento del liderazgo de los gestores a cargo de las nuevas organizaciones creadas o reorganizadas en los últimos tres años.
- 5.7 En relación a la Visión considerada en el PEI 2012- 2016 MINSA, tomando en cuenta que la misma se tomó del Plan Nacional Concertado de Salud al 2020; se ha avanzado en el propósito de brindar servicios de salud con equidad y desde un enfoque de derecho, los resultados para los indicadores muestran mejoría respecto a la Línea de Base, resultados que hoy se enmarcan en el Pilar de Política "Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud". Asimismo, la inversión en el Sector Salud ha mejorado considerablemente (debido a la asignación de mayores recursos a los Programas Presupuestales y a las



inversiones realizadas en la infraestructura y equipamiento al primer y segundo nivel de atención), aportando al propósito de brindar servicios de calidad, propuesto dentro de la Visión del PEI 2012 – 2016 MINSA y que a la fecha sería un esfuerzo logrado dentro del Pilar “Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, modernos e interconectados”, lo que a partir del 2017, requiere ser reforzado con el Pilar de Política “Revalorización del personal de salud y dotación adecuada de recursos humanos en el sistema de salud” a efectos de lograr un mayor impacto.

6. RECOMENDACIONES

- 6.1 Se ha verificado que algunos de los Indicadores propuestos para medir la mejora en la rectoría del Ministerio de Salud, no son objetivos. Por ejemplo, el Indicador 6.2: *Nº de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud*, es ambiguo. Se recomienda que en los planes estratégicos que se formulen, se propongan indicadores cuantificables objetivos y con fuentes de información que permitan recoger información anual, privilegiando, de ser posible, fuentes de información del Pliego Ministerio de Salud, ello a efectos de no depender de instrumentos de medición de otras instituciones u organismos.
- 6.2 Es recomendable que en los siguientes Planes Estratégicos Institucionales, por tratarse de instrumentos de gestión de un Pliego y no de un Sector de Gobierno, se establezcan indicadores que midan en principio el accionar directo del Pliego Ministerio de Salud, sin perjuicio de la medición que pueda realizarse además, a los indicadores de carácter nacional.
- 6.3 En la formulación de los Planes Estratégicos Institucionales, deben identificarse a las unidades orgánicas responsables de cada Objetivo e indicador; equiparando los Objetivos Estratégicos Institucionales a una Unidad Orgánica de la estructura vigente de la Entidad, responsabilizándolas además del seguimiento y medición periódica de los indicadores e identificando el instrumento con el cuál se efectuará la medición permanente de cada indicador. El PEI debería ser actualizado en cada oportunidad en la que exista algún cambio en la estructura orgánica de la Entidad; y de preferencia, además de la publicación en el portal institucional, debería ser comunicado a todas las Unidades Orgánicas responsables de cada uno de los Objetivos. Asimismo, en la formulación de los siguientes Planes Estratégicos, debe establecerse claramente la línea de base a efectos de una evaluación efectiva al final del periodo de vigencia de los mismos.
- 6.4 Se recomienda efectuar acciones de comunicación y sensibilización permanente respecto a las metas programadas en los planes institucionales, a efectos de que los servidores y funcionarios de la Entidad reconozcan las metas en las cuáles deben concentrar sus esfuerzos hacia el logro de los objetivos.
- 6.5 Deben continuar los esfuerzos por fortalecer la gestión del Pliego Ministerio de Salud y la rectoría del Ministerio de Salud, recomendándose incidir en las metas que se programen para el Pilar de Política “Fortalecer la gestión institucional y la rectoría del MINSA en el marco de la modernización de la gestión pública”.



7. ANEXOS

- ANEXO N° 01: Objetivos Estratégicos Generales: Órganos responsables de brindar información.
- ANEXO N° 02: Gráfica comparativa de metas programadas y valores alcanzados al 2016 por cada Objetivo Estratégico General.



ANEXO N° 1
Objetivos Estratégicos Generales Institucionales

Anexo N° 1 - Página 1

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
1	Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.	Indicador 1.1: Tasa de Mortalidad Infantil.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 1.2: Tasa de Desnutrición Crónica Infantil.	
		Indicador 1.3: Proporción de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 36 meses.	
		Indicador 1.4: Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses.	
N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
2	Reducir la morbimortalidad materno neonatal en la población más vulnerable.	Indicador 2.1: Razón de Mortalidad Materna.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 2.2: Tasa de Mortalidad Neonatal.	
		Indicador 2.3: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales.	
		Indicador 2.4: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.	
		Indicador 2.5: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación.	
		Indicador 2.6: Proporción de Recién Nacidos Vivos con edad gestacional menor de 37 semanas.	
		Indicador 2.7: Proporción de Mujeres con no demanda satisfecha de métodos de planificación familiar.	
		Indicador 2.8: % de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con infraestructura adecuada y bien equipada.	
N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
3	Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza	Indicador 3.1: Porcentaje de personas, por etapas de vida, con Tamizaje de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (HTA y DM)	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 3.2: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	
		Indicador 3.3: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	
		Indicador 3.4: Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino.	
		Indicador 3.5: Tasa de incidencia de cáncer de mama.	
		Indicador 3.6: Porcentaje de población que practica actividad física regular.	
		Indicador 3.7: Prevalencia anual de consumo de alcohol.	
		Indicador 3.8: Prevalencia anual de consumo de tabaco.	
		Indicador 3.9: % de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento de calidad para el primer y segundo nivel de atención.	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó que Oficina Generales o Direcciones podrían llevar el monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.



Anexo N° 1
Objetivos Estratégicos Generales Institucionales

Anexo N° 1 - Página 2

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
4	Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.	Indicador 4.1: Tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
		Indicador 4.2: % Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).	
		Indicador 4.3: Incidencia acumulada de Malaria.	
		Indicador 4.4: Incidencia acumulada de Dengue.	
		Indicador 4.5: Cobertura de Vacunación contra la Hepatitis B.	
		Indicador 4.6: Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica.	
N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
5	Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.	Indicador 5.1: Porcentaje de Establecimientos de Salud Seguros frente a los desastres.	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud.
		Indicador 5.2: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales.	
		Indicador 5.3: Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en salud.	
		Indicador 5.4: Porcentaje de la población que recibe atención en salud frente a emergencias y desastres.	
N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Órganos que brindan información.*
6	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión.	Indicador 6.1: N° de propuestas de proyectos de ley sobre presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria y que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, entre otros.	Oficina de Organización y Modernización de la OGPPM del MINSA.
		Indicador 6.2: N° de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud.	Dirección General de Personal de la Salud
		Indicador 6.3: % de Establecimientos de Salud con intervenciones en infraestructura y equipamiento.	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
		Indicador 6.4: N° de estudios orientados a incrementar los recursos financieros para el sector.	Dirección General de Aseguramiento en Salud
		Indicador 6.5: % de Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud.	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
		Indicador 6.6: % de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición.	Dirección General de Recursos Humanos para la U.E. Administración Central; y, cada una de las tres Unidades Ejecutoras (CENARES, PRONIS y la Dirección de Salud de Lima Metropolitana)

* En el PEI 2012 - 2016, no se determinaron órganos responsables de cada uno de los objetivos, por esta razón, de acuerdo a las funciones vigentes en el R.O.F. se determinó que Oficina Generales o Direcciones podrían llevar el monitoreo de las metas y proporcionar los resultados al final del quinquenio de vigencia del PEI en evaluación.



ANEXO N° 2
Objetivos Estratégicos Generales Institucionales: Valores Alcanzados

Anexo N° 2 - Página 1

N°	Objetivos Estratégicos Generales Institucionales	Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados periodo 2012 - 2016		
				Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
1	Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.	Indicador 1.1: Tasa de Mortalidad Infantil.	Por mil nacidos vivos	16 por mil nacidos vivos (2016)	15 por mil nacidos vivos (**)	125.00
		Indicador 1.2: Tasa de Desnutrición Crónica Infantil.	Porcentaje	Reducir la Desnutrición Crónica Infantil a 13% (2016)	13,5% (***)	90.57
		Indicador 1.3: Proporción de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 36 meses.	Porcentaje	Reducir las IRAS a 13.3% (2016)	18.40%	Menor a 1%
		Indicador 1.4: Proporción de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 36 meses.	Porcentaje	Reducir las EDAS a 14% (2016)	16.70%	25.00
N°	Objetivos Estratégicos Generales Institucionales	Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados periodo 2012 - 2016		
2	Reducir la morbilidad materna neonatal en la población más vulnerable	Indicador 2.1: Razón de Mortalidad Materna.	Muertes por cien mil nacidos vivos	66 x 100,000 n.v.	WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank en el 2015, el Perú está con razón de mortalidad materna de 68 x 100,000 nacidos vivos, es decir, se redujo en un 72% la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio	92.59
		Indicador 2.2: Tasa de Mortalidad Neonatal.	Muertes por cada 1000 nacidos vivos	No determinado correctamente	10 x 1000 RNV (****)	-
		Indicador 2.3: Cobertura de Partos Institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales.	Porcentaje	75% de partos institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales para el año 2016	75.60%	100.80
		Indicador 2.4: Cobertura de Cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales.	Porcentaje	12% 2016	12.90%	107.50
		Indicador 2.5: Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación.	Porcentaje	76% 2016	79.90%	105.13
		Indicador 2.6: Proporción de Recién Nacidos Vivos con edad gestacional menor de 37 semanas.	Porcentaje	10% 2016	20.3 (*****)	Menor a 1%
		Indicador 2.7: Proporción de Mujeres con demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar.	Porcentaje	No determinado correctamente	6.1%	0.00
		Indicador 2.8: % de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con Infraestructura adecuada y bien equipada.	Porcentaje	Establecimientos de Salud con más del 90% de capacidad resolutiva para la atención de las Funciones Obstétricas: FONB: 50% (2016) FONE: 50% (2016) FONI: 50% (2016)	Se evaluaron 619 FONB logrando el 23.3% (2016) Se evaluaron 136 FONE I logrando el 47.1% (2015) Se evaluaron 45 FONE logrando el 50% (2015) Se evaluó 01 FONI logrando el 50% (2015)	No comparable debido a cambios en la clasificación de los establecimientos de salud, según funciones obstétricas y neonatales. (R.M. 853-2012/MINSA de fecha 24.10.12)



ANEXO N° 2

Objetivos Estratégicos Generales Institucionales: Valores Alcanzados

Anexo N° 2 - Página 2

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados periodo 2012 - 2016		
				Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
3	Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza	Indicador 3.1: Porcentaje de personas, por etapas de vida, con Tamizaje de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (HTA y DM)	Porcentaje	80% (2016)	Valoración clínica de Factores de Riesgo de ENT: 1,057,368 al 2016	-
		Indicador 3.2: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	Porcentaje	80% (2016)	INEI 2015: Para población mayor a 15 años con diagnóstico: 62.1	-
		Indicador 3.3: Porcentaje de Población mayor de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.	Porcentaje	80% (2016)	INEI 2015: Para población mayor a 15 años con diagnóstico: 73.6	-
		Indicador 3.4: Tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino.	Por 100,000 mujeres	21x100,000 mujeres (2016)	Última información técnica referida al indicador: Globocan 2012	-
		Indicador 3.5: Tasa de incidencia de cáncer de mama.	Por 100,000 mujeres	19x100,000 mujeres (2016)	Última información técnica referida al indicador: Globocan 2012 e IARC 2015	-
		Indicador 3.6: Porcentaje de población que practica actividad física regular.	Porcentaje	20% (2016)	Endes 2016 no reporta	-
		Indicador 3.7: Prevalencia anual de consumo de alcohol.	Porcentaje	15% (2016)	Última información técnica referida al indicador: 52.4 (IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú - 2010 - DEVIDA 2012.)	-
		Indicador 3.8: Prevalencia anual de consumo de tabaco.	Porcentaje	8% (2016)	Última información técnica referida al indicador: 21.1 ((IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú - 2010- DEVIDA 2012)	-
		Indicador 3.9 : % de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento de calidad para el primer y segundo nivel de atención.	Porcentaje	30 % de la inversión se destina al primer y segundo nivel de atención (2016).	93.23 % de la inversión se destinó a infraestructura y equipamiento del primer y segundo nivel de atención (2016).	-



ANEXO N° 2
Objetivos Estratégicos Generales Institucionales: Valores Alcanzados

Anexo N° 2 - Página 3

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados periodo 2012 - 2016		
				Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
4	Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles priorizando la población en pobreza y extrema pobreza.	Indicador 4.1: Tasa de Incidencia de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo.	Tasa	Disminuir la Tasa de incidencia a 54.04% casos de TB por 100 mil habitantes.	53.00 x 100000 hab.	122.32
		Indicador 4.2: % Sobrevida de pacientes con VIH con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).	Porcentaje	94.5% incremento de la sobrevida de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral al 2016.	94.50%	100.00
		Indicador 4.3: Incidencia acumulada de Malaria.	Tasa	Reducir el número de casos de Malaria de ambos tipos en 50%.(2016).	Plasmodium Vivax y Plasmodium Falciparum al 2016: 55,904 casos notificados	Menor a 1%
		Indicador 4.4: Incidencia acumulada de Dengue.	Tasa	Reducir el número de casos de Dengue en 50%.(2016).	Casos confirmados al 2016: 17,055. Casos probables: 14, 813	Menor a 1%
		Indicador 4.5: Cobertura de Vacunación contra la Hepatitis B.	Adolescentes protegidos	50% de cobertura en adolescentes vacunados contra el Hepatitis B (2016)	22425, de 3era dosis de HvB en adolescente.	Sin información
			Menores protegido	95% de cobertura en niños menores de 1 año (2016).	Vacuna en menores de 1 año 398707 (73.89%)	77.78
		Indicador 4.6: Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica.	Porcentaje	90% de Cobertura de tratamiento para Hepatitis B Crónica para el 2016.	86%	95.56
N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados periodo 2012 - 2016		
				Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
5	Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.	Indicador 5.1: Porcentaje de Establecimientos de Salud Seguros frente a los desastres.	Porcentaje	35.80%	2.71%	7.57
		Indicador 5.2: Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales.	Porcentaje	22.26%	75.49%	339.13
		Indicador 5.3: Porcentaje de Centros de Operaciones de Emergencias operativos en salud.	Porcentaje	49.54%	94.00%	189.75
		Indicador 5.4: Porcentaje de la población que recibe atención en salud frente a emergencias y desastres.	Porcentaje	4.60%	1.14%	24.78



ANEXO N° 2
Objetivos Estratégicos Generales Institucionales: Valores Alcanzados

Anexo N° 2 - Página 4

N°	Objetivo Estratégico General Institucional	Indicador	Unidad de Medida	Metas y resultados período 2012 - 2016		
				Programado	Resultado	Porcentaje del resultado respecto a la meta (%)
6	Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión.	Indicador 6.1: N° de propuestas de proyectos de ley sobre presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria y que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, entre otros.	Proyecto	Ministerio de Salud y Organismos Públicos del Sector Reorientados. Aprobación de la Actualización de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.	3	-
		Indicador 6.2: N° de acuerdos logrados para adecuar programas de formación de recursos humanos para la salud.	Acuerdos	50% de las facultades de medicina e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud se ajusta a los acuerdos sobre programas de formación.	38%	76.00
		Indicador 6.3: % de Establecimientos de Salud con intervenciones en infraestructura y equipamiento.	Porcentaje	80% respecto al número de Proyectos de Inversión Presupuestados al 2016	37.5% respecto al número de Proyectos de Inversión Presupuestados al 2016	-
		Indicador 6.4: N° de estudios orientados a incrementar los recursos financieros para el sector.	Estudios	Contar con un estudio anual por subsistema al 2016.	1	-
		Indicador 6.5: % de Ejecución Presupuestal con calidad de gasto en el Sector Salud.	Porcentaje	100% de ejecución presupuestal con calidad de gasto (2016).	94.5 de ejecución presupuestal con calidad de gasto (2016)	-
		Indicador 6.6: % de Unidades Ejecutoras del sector que capacitan al personal de salud en procesos de programación y adquisición.	Porcentaje	50% (2016)	75%	150.00

