



PERÚ

Ministerio
de Salud

Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de Salud

PERÍODO 2011-2016





PERÚ

Ministerio
de Salud

Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de Salud



PERÍODO 2011-2016

ÍNDICE

Siglas	3
Resumen Ejecutivo	4
1. Organización de la entidad	13
1.1. Norma de creación	13
1.2. Funciones y competencias actuales	16
1.3. Diseño institucional	18
1.4. Organigrama	22
2. Marco estratégico	23
2.1. Visión	23
2.2. Misión	23
2.3. Objetivos estratégicos	23
2.4. Políticas Institucionales	24
3. Información respecto al cumplimiento	29
3.1. Estado situacional al inicio de su gestión	29
3.1.1. Entorno socioeconómico del período 2011-2016	29
3.1.2. Análisis de Situación de Salud	30
3.1.3. Análisis de la situación institucional	36
3.2. Estrategia diseñada en la gestión para el cumplimiento de cada función	38
3.2.1. Financiamiento de la salud	39
3.2.2. Atención primaria y mejora de servicios de salud	42
3.2.3. Recursos humanos calificados y asignados con calidad	44
3.2.4. Gestión presupuestal	45
3.2.5. Acceso a medicamentos	51
3.2.6. Acceso a servicios especializados	52
3.2.7. Rectoría del sector salud	52
3.3. Objetivos, metas establecidas en la gestión	53
4. Resultados obtenidos al final de la gestión	67
5. Asuntos urgentes de prioritaria atención	70
6. Resumen de información principal	76
6.1. Presupuesto	76
6.2. Contabilidad	78
6.3. Recursos Humanos	80
6.4. Infraestructura	88
6.5. Mejoras en el servicio al ciudadano	90
Referencias	93
Firma de la autoridad saliente o encargada	94
Anexo: Órganos y Unidades orgánicas MINSA	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Financiamiento en salud: nivel y porcentaje del PBI	39
Tabla 3: Presupuesto Función Salud por nivel de gobierno 2011-2016	41
Tabla 4: Presupuesto Función Salud Proyectos de Inversión por nivel de gobierno 2011-2016	41
Tabla 5: Estado de avance en la inversión en infraestructura en salud a Junio 2016	44
Tabla 5: Presupuesto Función Salud: MINSA y entidades adscritas.....	47
Tabla 6: Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), Institucional Modificado (PIM) y porcentaje de ejecución 2011-2016 Ministerio de Salud y entidades adscritas	49
Tabla 6: Demanda adicional 2016	70
Tabla 8: Demanda adicional 2017	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1: Nivel y porcentaje del presupuesto total en la Función Salud 2002-2016	40
Gráfico 2: Presupuesto Función Salud – Gobierno Nacional 2011-2016 por categoría	45
Gráfico 3: Presupuesto Función Salud – Gobierno Regional 2011-2016 por categoría.	46
Gráfico 4: Presupuesto Función Salud por niveles de gobierno 2011-2016 con Programa Presupuestal.	46

Siglas

ANGR	Asamblea de Gobiernos Regionales
APP	Asociación Público Privada
APS	Atención Primaria de Salud
AUS	Aseguramiento Universal de Salud
CIGS	Comisión Intergubernamental de Salud
CRIS	Comités Regionales Intergubernamentales del Inversión en Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares – Instituto Nacional Estadística e Informática
ENSUSALUD	Encuesta de Satisfacción de SUSALUD
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OP	Organismo Público
OPI	Oficina de Proyectos de Inversión
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OxI	Obras por Impuestos
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIP	Proyecto de Inversión Pública
PRONIS	Programa Nacional de Inversión en Salud
RIAPS	Red Integrada de Atención Primaria de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UGIPRESS	Unidades de Gestión de IPRESS

Resumen Ejecutivo

El Ministerio de Salud en la gestión gubernamental 2011-2016 se caracterizó por acciones conducentes a normar e implementar la Reforma del Sector Salud, para el cumplimiento de los derechos efectivos de protección en salud de los ciudadanos del país, en el marco de los compromisos nacionales e internacionales.

Esta reforma es parte de un proceso de cambios que ha atravesado cinco periodos gubernamentales. Su inicio se dio con el Seguro Materno Infantil y el Seguro Escolar Gratuito en el segundo quinquenio de los años 90, siendo éstos la base para la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) en 2002. Posteriormente, en 2009 se aprobó la Ley 29344 Marco de Aseguramiento Universal en Salud (que define tres regímenes de aseguramiento: Contributivo, Semi-contributivo y Subsidiado; el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y la creación de la Superintendencia Nacional de Salud, actualmente denominada SUSALUD). Además, a fines de 2013 se establece el marco de la reforma de salud que actualmente se encuentra en curso en el país, mediante la promulgación de 23 Decretos Legislativos que introdujeron nuevas reglas para: la extensión progresiva de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención que toma como centro de gravitación a los usuarios por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; la definición de las políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud; y la reorganización del Ministerio de Salud (MINSAL), entre las más importantes.

El marco de los compromisos nacionales está dado por el Acuerdo Nacional¹ suscrito por el Ministerio de Salud y la Sociedad Civil; mientras que los compromisos internacionales tienen como marco en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles². Estos dos elementos, alineados a los lineamientos de reforma del sector salud derivan en el siguiente esquema de cinco pilares para el mejor cumplimiento de los objetivos estratégicos:

1. Fortalecimiento de la capacidad de conducción y respuesta en Salud Pública: que implica fortalecer la autoridad sanitaria e implementar mecanismos

¹ Acuerdo Nacional (2015) **Acuerdo Nacional sobre los objetivos de la reforma de Salud**. Lima, Perú.
<http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

² <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

que incidan sobre los factores que restringen el acceso efectivo de las intervenciones en salud pública con énfasis en la articulación multisectorial y la gestión territorial.

- 2. Ampliación de la cobertura de aseguramiento de salud:** que tiene como objetivo el incremento de la cobertura poblacional al aseguramiento, mediante la cual se otorgó protección médica a seis perfiles de ciudadanos, entre ellos las madres gestantes, niños y niñas de 0 a 5 años y menores internos de centros juveniles del Poder Judicial. Luego, se sumaron los niños y niñas del Programa Nutricional Qali Warma, ampliando la protección financiera de los hogares frente a gastos catastróficos de salud y tendiendo a la gratuidad en el punto de entrega del servicio. Además, el SIS lanzó las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), buques de la Marina de Guerra, con los que navegó por las cuencas del Río Napo, Putumayo y Amazonas, en Loreto, para afiliar a más ciudadanos de 20 comunidades dispersas y de difícil acceso, como promedio por cada viaje.
- 3. Mejora de la atención de salud:** que plantea como objetivo general la ampliación de la cobertura prestacional, garantizándose un acceso equitativo a los cuidados esenciales de la salud, a través de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y una cartera de servicios de protección de los riesgos en salud. Desde un punto de vista cualitativo, ello requiere un cambio estructural de la oferta hacia la Atención Primaria de la Salud (APS) y desde el punto de vista cuantitativo, el cierre progresivo de un pronunciado déficit de oferta.
- 4. Promoción y protección de los derechos en salud:** que implica fortalecer los mecanismos para dicha promoción y protección de derechos, para prevenir las fallas en la prestación de servicios y para restituir el derecho cuando éste haya sido vulnerado.
- 5. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema salud:** que busca la modernización del MINSA como autoridad sanitaria nacional, de forma de incrementar su capacidad de conducción del sistema de salud, de protección de la salud pública, de regulación de los ámbitos y mercados pertinentes y de la coordinación inter sectorial, intergubernamental y con actores institucionales clave.

Esta gestión, tal como se detalla en el presente informe, puede mostrar tanto logros sanitarios, como los que se derivan de la implementación de la Reforma del Sector Salud en materia de las políticas institucionales, el aseguramiento, financiamiento y reestructuración del sistema de salud. No obstante ello, el proceso se encuentra en marcha y por consiguiente, hay aún retos sustanciales para lograr un mejor desempeño del sistema de salud que permita a todo ciudadano peruano alcanzar el mayor estado de salud posible; ser atendido con calidad, rapidez y respeto; así como tener cobertura financiera frente a los eventos de enfermedad, especialmente aquellos asociados a altos costos.

La estructura del presente documento responde a la Directiva N°003-2016-CG/GPROD “Lineamientos preventivos para la transferencia de gestión de las entidades del Gobierno Nacional” aprobada con Resolución de Contraloría N°088-2016-CG, así como al DS N°022-2016-PCM que aprueba los Lineamientos que regulan la Transferencia de Gobierno por parte de los Ministerios y Entidades Públicas del Poder Ejecutivo, por el periodo 2011-2016.

En la primera sección de Organización de la entidad, se destaca que el Ministerio de Salud, a propósito de la implementación del proceso de Reforma, cuenta con un nuevo diseño institucional. En el marco de las facultades legislativas delegadas por el Congreso de la República al Poder Ejecutivo se dictó el Decreto Legislativo 1161 Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud con la finalidad de establecer sus funciones y competencias así como su estructura básica y naturaleza jurídica, el mismo que se consolida en Decreto Supremo N° 007-20016-SA Reglamento de Organización y Funciones.

Debe señalarse que la estructura administrativa diseñada obedece a la necesidad de contar con órganos especializados que tengan la capacidad resolutoria necesaria para poder cumplir con sus funciones. Así, además de haber considerado la existencia de los dos viceministerios para poder atender las necesidades de salud pública e individual así como incorporar dentro de la estructura orgánica a los espacios de coordinación que como el Consejo Nacional de Salud (CNS) sirven para diseñar las políticas de salud a implementarse en todo el territorio nacional.

En la segunda sección referida al Marco estratégico, se define la Visión y Misión, Objetivos estratégicos y políticas institucionales, las cuales están establecidas en los documentos normativos de planeamiento estratégico e institucional del período que son

instrumentos orientadores de la gestión, así como en los documentos de lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud.

Cabe destacar que el Ministerio tiene una Visión compartida de futuro: Salud para todos y todas, establecida en el marco del Acuerdo Nacional. En tanto que la Misión se mantiene y ha sido ratificada en el marco del nuevo Reglamento de Organización y Funciones.

La tercera sección referida a la Información respecto al cumplimiento, entra en materia del informe de transferencia propiamente dicha con un diagnóstico de la situación al inicio de gestión. En términos del entorno socioeconómico del periodo 2011-2016 la previsión de crecimiento económico de 6% para el periodo fue corregida a 3.5% para el trienio 2014-2016. La situación social se presentó para ese periodo mucho más complicada que la situación económica desde el punto de vista de la pobreza, inclusión social, conflictos sociales y expectativas de una clase media emergente por el contexto de crecimiento económico previo. En números absolutos al inicio de la gestión se tenía una población aproximada de 29 797 694 habitantes, de los cuales 8 283 759 se encontraban en situación de pobreza y 1 877 254 en situación de pobreza extrema. La pobreza siendo un determinante de la salud, afecta de manera distinta a las áreas urbana y rural, incidiendo en el 18% de la población urbana y 56% de la población rural, es decir, casi tres veces más al año 2011. La situación al año 2015 es de una incidencia de 14.54% en el área urbana y 45.18% en el área rural; estos resultados muestran que la pobreza se redujo en ambas áreas aunque sigue afectando más al área rural. El principio de inclusión social ha sido orientador de las acciones gubernamentales con una afectación positiva en los determinantes de la salud, esto incluye la provisión de agua potable, saneamiento y electrificación, construcción de nuevas vías de comunicación, así como diversos programas sociales.

El análisis de situación de la salud al inicio de gestión mostraba un país en transición demográfica y epidemiológica, con situaciones particulares para los componentes prioritarios de atención tales como Salud Materna, situación de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y los principales problemas que afectan el desempeño sectorial. Se identificó que los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales de la población presionaban fuertemente sobre el sistema de salud, que se mantiene fragmentado, segmentado y sub-financiado. La oferta pública de servicios, no obstante el despliegue en inversión pública en el sector, se mantiene insuficiente y, en una proporción importante, obsoleta. La insatisfacción de los usuarios con la calidad del servicio de salud era alta, particularmente respecto de los tiempos de espera y el trato que reciben del personal.

En términos institucionales, al inicio de la gestión la situación institucional arrastraba los siguientes problemas que afectaban el desempeño institucional: déficit de recursos humanos, alto grado de insatisfacción y formación inadecuada; problemas de acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad; un sistema fragmentado que impide un desempeño eficiente y principalmente una limitada autoridad sanitaria.

La estrategia diseñada en la gestión para el cumplimiento de las funciones ha sido, definir prioridades alineadas a la política de inclusión social del Gobierno, para que los peruanos puedan acceder a la atención médica tales como:

Mejorar la gestión del financiamiento. Si bien el país ha venido aumentando el gasto dirigido a la salud a un ritmo superior al incremento del PBI, alcanzando el 5.1% del PBI al inicio de gestión y 5.3% al final del periodo, aún está por debajo del promedio de países de Latino América y el Caribe (LAC). En términos del gasto público (incluyendo EsSalud), este porcentaje pasó de 2.6% a 3.3% entre 2011 y 2015. Un primer elemento a destacar, es el esfuerzo del Ministerio de Salud para contar con mejor información para la gestión. En términos de mejor información sobre el sistema de financiamiento, se compiló la serie de datos de Cuentas Nacionales en Salud 1995-2012 que fue publicada el 2014. Actualmente se cuenta con la estimación preliminar de Cuentas Nacionales para los años 2013 y 2014; además, con apoyo de la cooperación internacional se han llevado a cabo estudios del sistema de salud en general y del sistema de financiamiento en particular, para tomar decisiones y mejorar la gestión del sistema. Un segundo elemento destacable, ha sido captar mayores recursos del presupuesto público para el sector salud (MINSA y Gobiernos Regionales), los recursos para salud pasaron de 8.5% a 10.5% del presupuesto público nacional entre 2011 y 2015. Cabe mencionar, que es necesario sostener este esfuerzo financiero, pero también aumentar las capacidades del sector para absorber estos recursos y trasladar este financiamiento al cierre progresivo pero efectivo de las brechas subsistentes de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y otros.

Fortalecer la oferta para la atención primaria y servicios especializados. Para ello se definió un listado de establecimientos estratégicos, como resultado del planeamiento de inversiones, aplicado entre el 2012 y 2013, se proyectó que 170 establecimientos deben ser fortalecidos o convertidos en hospitales provinciales, y que tienen un primer orden de prelación para la inversión. El balance de la inversión en los 170 establecimientos de salud estratégicos proyectados como hospitales provinciales es el siguiente: 21 han

concluido obra, siete están por culminar entre agosto 2016 y junio 2017; 120 están en marcha sin fecha precisa de término aún y 22 proyectos por iniciar la etapa de pre-inversión.

Mejorar la gestión de sus recursos humanos. Al inicio de la gestión la información sobre el número y composición de recursos humanos del sector era limitada y estaba desintegrada. Aún más parcial y limitada era la información de número y composición por modalidad de contrato, nivel salarial y ubicación del personal en el cargo asignado. De manera paralela al diseño e implementación de la política salarial se identificó como estrategia clave recopilar, sistematizar, validar y generar información del personal vinculada a los sistemas administrativos de los recursos humanos. El año 2014 la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) ha trabajado arduamente para el fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos y la puesta en el funcionamiento del sistema de información RHUS con articulación con el sistema de planillas del MEF. Se ha elaborado el Compendio Estadístico de Información de Recursos Humanos del Sector Salud 2013, y 2015. Con base a dicha información se ha medido la brecha de recursos humanos y se ha dado prioridad a su cierre progresivo de manera concordante con la implementación del plan de inversión. La política remunerativa y su implementación ha permitido generar incentivos remunerativos y profesionales para mejorar el desempeño y cubrir la atención en establecimientos más alejados y de frontera.

Rectoría del sector salud. Principalmente en tres ejes: la extensión del aseguramiento en salud, sostener las inversiones a mediano plazo y el fortalecimiento de la salud pública. El fortalecimiento de la rectoría requirió adaptar la organización a los nuevos roles institucionales para mejorar el desempeño de la rectoría sectorial, por ello en esta gestión se ha normado el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y se considera clave potenciar las áreas de planeamiento y formulación de políticas, monitoreo, evaluación y análisis de información.

Lo anteriormente planteado, se realiza como medios que faciliten **el cumplimiento de los objetivos estratégicos**, que por su parte, también se mantienen a través de varios periodos gubernamentales, tal como se puede ver en los diferentes documentos normativos de planeamiento y se circunscriben principalmente a los resultados sanitarios. En esta gestión, han sido ratificados mediante la Resolución Ministerial N°666-2013/MINSA que aprueba el Documento Técnico denominado “Plan Estratégico

Institucional 2012-2016 del Ministerio de Salud” son los siguientes y el detalle del cumplimiento forma parte de este informe:

Objetivo Estratégico 1 (OE1): Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza. El comportamiento del indicador “Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica” (patrón de referencia OMS) ha sido consistente al objetivo, pues ha pasado de 19.5% a 14.4% entre 2011 y 2015 según ENDES 2011 y 2015 respectivamente.

Objetivo Estratégico 2 (OE2): Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable. El comportamiento del indicador “Razón de Mortalidad Materna” (por cien mil nacidos vivos) (DGE) ha pasado de 93 a 68 entre 2010 y 2015 según ENDES 2015; en tanto que la “Tasa de mortalidad de neonatal” (x1000 nacidos vivos) estimada respecto a 10 años previos a cada encuesta, ha pasado de 12.6 a 9.8 entre 2012 y 2015 con base a la misma fuente.

Objetivo Estratégico 3 (OE3): Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza. Si bien este indicador incluye el conjunto de enfermedades transmisibles, se destaca el indicador “Porcentaje de población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad”, que ha pasado de 40% a 80% según ENDES 2011 y 2015 respectivamente.

Objetivo Estratégico 4 (OE4): Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza. En términos del indicador “Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo” (por cien mil habitantes) de 96% al año 2011 se ha reducido a 87.1% al año 2015 de acuerdo a los registros de la Estrategia Sanitaria Nacional. Cabe destacar, que el país ha cumplido la meta 6c del Objetivo de Desarrollo del Milenio asociado a la disminuir la tasa de incidencia de tuberculosis.

Objetivo Estratégico 5 (OE5): Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos. El indicador “Porcentaje de establecimientos de Salud seguros frente a desastres”, que estaba estimado en 0.61% el año 2011 por la Oficina de Defensa Nacional, alcanza a la fecha el 1.8% según fuente de la misma oficina.

Objetivo Estratégico 6 (OE6): Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de salud. Expresado en términos del desarrollo y puesta en vigencia de la

normativa para dicho ejercicio, destaca la vigencia de 23 Decretos Legislativos, Ley de Salud Escolar; Ley de Autoridad sanitaria entre las más importantes.

Tal como se ha expuesto, los principales indicadores sanitarios señalan que se han producido avances por grupos poblacionales prioritarios como niños y madres, así también en la prevención y control de las principales enfermedades transmisibles, tanto a nivel nacional como regional. Por ejemplo, los índices de desnutrición crónica en niños en todo el país, desagregados por ámbitos rural y urbano, han retrocedido consistentemente en los últimos años de manera que permitirían proyectar para 2016, una prevalencia en menores de 5 años, del 12 por ciento a nivel nacional. Una tendencia similar hacia la disminución, también se observa en los registros de muerte neonatal en los servicios de neonatología a partir de 2007. Desde la perspectiva de los incrementos, el parto institucional en el espacio rural, componente prioritario en la salud de las madres y neonatos, ha aumentado desde el 57.6 por ciento en 2009 hasta 74.3 en la proyección de 2015, cerca de 17 puntos porcentuales adicionales, en los espacios geográficos más difíciles de ser alcanzados.

Sin embargo, hay también esfuerzos extraordinarios que por su trascendencia deben ser continuados, como por ejemplo, disminuir los indicadores de anemia en niños menores de 36 meses y continuar disminuyendo las muertes maternas en espacios cada vez más específicos y difíciles de ser abordados. En el campo de las enfermedades transmisibles, la lucha contra las formas resistentes de la tuberculosis, el abastecimiento garantizado de antirretrovirales, y los arduos esfuerzos multisectoriales para el control de las enfermedades emergentes y re-emergentes como el dengue, la malaria y la reciente Chinkunguya en las áreas endémicas de la costa y amazonia.

Por otro lado, el proceso de envejecimiento poblacional con su influencia en los perfiles epidemiológicos de las enfermedades no transmisibles, diabetes, hipertensión, enfermedades degenerativas y cánceres, amplía el espacio de acción sobre el cual debemos intervenir y el primer paso está dado a través de la cobertura de aseguramiento. Asimismo, el complejo campo de los desastres naturales y antrópicos acentuados por el calentamiento global y recientemente, por el fenómeno del Niño, es otro frente que requiere atención permanente.

En lo que respecta a la cobertura de aseguramiento, el incremento entre 2011 y 2015 es de 64.5% a 73% según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y a 80% según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) con base en los datos oficiales de

afiliación reportados por las IAFAS³. El proceso de incremento en la cobertura de aseguramiento sin embargo, se inicia la década pasada, según ENAHO, la cobertura del aseguramiento era 37% el 2004 (15% SIS; 17% EsSalud y 5% Otros) y actualmente es 73% (46% SIS; 22% EsSalud y 5% Otros). El mayor impulso al aseguramiento se ha venido dando a través del SIS, que explica el 46% de la población asegurada incluyendo población en condiciones de pobreza, población vulnerable niños y gestantes, así como los alumnos de primaria del ámbito de Qali Warma y los independientes que son contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado de la SUNAT. Para cumplir con estos mandatos el SIS ahora se encuentra facultado a comprar servicios para sus asegurados a otros prestadores públicos y privados (contribuyendo a reducir la fragmentación del sistema de salud) pagando los costos totales a privados y complementando el costo variable en los prestadores públicos. La inclusión del mecanismo de pago per cápita con las regiones le ha permitido asentarse como la principal fuente de financiamiento después de los Recursos Ordinarios en el primer nivel de atención.

Finalmente, esta gestión deja un legado intangible en el repositorio de estudios realizados, que permite la acumulación de evidencias para definir y hacer mejor seguimiento a las políticas implementadas en general, como perseverar en la agenda en salud que recoge los aspectos concertados con la sociedad civil, sistematizados y medios para dar continuidad en el proceso de reforma sectorial⁴ que es un esfuerzo de Estado que trasciende los gobiernos.

Aníbal Velásquez
Ministro de Salud

³ Esta diferencia es sistemática y puede ser atribuida en parte, al desconocimiento de los asegurados de su condición de tal.

⁴ Perspectivas al 2021 para avanzar en la implementación del consenso alcanzado en el Acuerdo Nacional. MINSA 2016

1. Organización de la entidad

1.1. Norma de creación

El **Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social**, fue creado el 5 de octubre de 1935 mediante el Decreto Legislativo N° 8124, y cuatro años después (el 14 de octubre de 1939) se instaló en su actual local.

Este hecho marca el reconocimiento inicial de los derechos ciudadanos en salud, tomando distancia del concepto de salud como caridad que prevaleció desde la época de la colonia. En 1942 cambió de denominación a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y las Direcciones de Trabajo y Asuntos Indígenas pasaron a conformar el nuevo Ministerio de Trabajo.

Durante una primera etapa el Ministerio de Salud no tuvo servicios hospitalarios a su cargo, priorizando la creación de programas de prevención y control de la malaria, tuberculosis, lepra, viruela, enfermedad de Chagas, enfermedades venéreas y otras enfermedades transmisibles. Es probable que por eso los primeros hospitales construidos por el Estado, luego de la creación del MINSA, no fueran hospitales generales sino especializados en determinadas enfermedades. Recién desde finales de los años 70 y durante la década de los 80, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, aprobada en 1978 en Alma Ata (ExURSS), el Ministerio de Salud puso un especial énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención. En ese contexto se fueron diseñando las redes de establecimientos de atención primaria que, con diversos cambios, existen en la actualidad. No obstante, en los 80 hubo intentos de organizar las redes con un hospital de cabecera (áreas hospitalarias), a partir de los años 90 la tendencia fue a fortalecer las redes de establecimientos, dejando a los hospitales sin asignación clara de ámbito poblacional y redes.

Principios rectores

El Ministerio de Salud se rige por un conjunto de principios como son:

Universalidad:

Principio por el cual el Estado peruano busca garantizar el ejercicio del derecho a la salud, el acceso a los servicios de salud y proteger de los riesgos de empobrecimiento asociados a eventos de enfermedad a todos los habitantes del territorio nacional.

Solidaridad:

Principio que se basa en que los que más tienen deben contribuir por los que menos tienen, el más sano por el menos sano y el más joven por el de mayor edad.

Inclusión social:

El Estado peruano busca que todo habitante tenga acceso y tratamiento en los servicios de salud sin distinción en razón a sexo, raza, religión, condición social o económica, buscando eliminar o reducir las barreras geográficas, económicas y culturales.

Equidad:

Oportunidad para todos, de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.

Integralidad:

El Estado entiende que la situación de la salud de la persona es consecuencia de su carácter multicausal, multidimensional y biopsicosocial, por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad.

Complementariedad:

La salud tiene diversas dimensiones o factores que la afectan, por tanto, requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas de manera articulada, podrán tener mayor eficacia, eficiencia e impacto.

Eficiencia:

Se espera que las intervenciones y estrategias tengan la capacidad para lograr beneficios en la salud empleando los mejores medios posibles y maximizando el uso de los recursos, las estrategias deberán estar basadas en evidencias y los resultados deberán estar expresados en metas mensurables.

Calidad:

Servicios de salud basados en guías y procedimientos debidamente regulados y en estándares reconocidos, entregados con calidez, respeto y trato digno, en un entorno saludable para el usuario.

Sostenibilidad:

Garantiza la continuidad de los servicios de salud, las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.

Enfoques

El Ministerio de Salud en sus intervenciones aplica los enfoques establecidos en el Plan Nacional Concertado en Salud, los mismos que cruzan cada uno de los componentes de intervención y estrategias ejecutadas en el periodo 2011-2016.

Derecho a la Salud

Es una obligación del Estado peruano generar las condiciones en las cuales todos pueden vivir lo más saludable posible. Estas condiciones comprenden: la disponibilidad generalizada de los servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, viviendas adecuadas y alimentos inocuos nutritivos, acceso a agua segura, entre otros, no limitándose el derecho a la salud únicamente a estar sanos.

Equidad de Género

El Estado garantiza la salud de la mujer, estableciendo políticas que garantizan el pleno derecho a la salud, en especial en su condición de mujer y madre.

Interculturalidad

Adecuar las condiciones contempladas en el derecho a la salud a las expectativas de los usuarios, considerando el respeto a las creencias locales e incorporando sus costumbres a la atención y prevención de la salud.

Participación Social

Ampliar la base del capital social en las acciones a favor de la salud de la población para definir prioridades, generar compromisos y vigilar su cumplimiento.

Comunicación en salud

Que desarrolle, incremente y promueva la educación en el derecho a la salud de la persona y de la sociedad para lograr una vida plena de todos nuestros ciudadanos, a través de prácticas transparentes de transmisión y difusión de información, que garanticen el acceso a conocimientos y permitan cambios de actitudes y el desarrollo de prácticas saludables.

Gestión por resultados

A través de un modelo causal con base en evidencias, se identifican intervenciones a través de las cuales se entregan productos o servicios a la población para obtener resultados e impactos en salud del ciudadano mejorando su calidad de vida. La implementación de estas intervenciones se coordina a nivel multisectorial e intergubernamental.

1.2. Funciones y competencias actuales

De acuerdo al DL N° 1161 Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Ministerio de Salud (MINSa) es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley N°26842- Ley General de Salud y es competente para la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

Marco normativo durante la gestión Agosto 2011- Julio 2016

Julio 2011 hasta diciembre de 2013:

Según el Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Como órgano del poder Ejecutivo, el Ministerio de Salud (MINSa), es el ente rector del sector Salud encargado de conducir, regular y promover la salud, con la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud, y el desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

De Diciembre 2013 a Febrero 2016

Mediante la Ley N° 30073 el Congreso de la República ha delegado en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud. Esta delegación permite legislar en materia reorganización del Ministerio de Salud y sus organismos públicos para el ejercicio y el fortalecimiento de la rectoría sectorial y un mejor desempeño en las materias de su competencia, priorizando la atención preventiva en salud, en el marco de la descentralización; para ello era necesario delimitar el ámbito de competencia del Ministerio de Salud, sus funciones exclusivas y compartidas, así como su estructura orgánica y su naturaleza jurídica. Por ello, la promulgación del Decreto Legislativo 1161 Ley de Organización y Funciones del MINSa deroga la ley N° 27657⁵ y añade mayor claridad en la delimitación de las competencias del MINSa.

De Febrero 2016 a la fecha

Mediante el DS N°007-2006-MINSa con fecha 12 de febrero del presente se aprueba el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSa, cuyo plan de implementación está en curso y forma parte de la RM178-2016/MINSa

El quinquenio 2011-2016 se caracterizó por acciones conducentes a normar e implementar la Reforma del Sector Salud, para el cumplimiento de los derechos efectivos

⁵ Con excepción del literal a) de los artículos 32 y 33 que mantienen su vigencia

de protección en salud en el marco de los compromisos nacionales e internacionales. Esta reforma es parte de un proceso de cambios que ha atravesado cinco periodos gubernamentales. Su inicio se dio con el Seguro Materno Infantil y el Seguro Escolar Gratuito en el segundo quinquenio de los años 90, siendo éstos la base para la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) en 2002.

Posteriormente, en 2009 se aprobó la Ley 29344 Marco de Aseguramiento Universal en Salud y a fines de 2013 se establece el marco de la reforma de salud que actualmente se encuentra en curso en el país, mediante la promulgación de 23 decretos Legislativos que introdujeron nuevas reglas para: la extensión progresiva de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención que toma como centro de gravitación a los usuarios por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; la definición de las políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud; y la reorganización del Ministerio de Salud (MINSa) , entre las más importantes.

El marco de los compromisos nacionales está dado por el Acuerdo Nacional⁶ suscrito por el Ministerio de Salud y la Sociedad Civil; mientras que los compromisos internacionales tienen como marco en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles⁷. Estos dos elementos, alineados a los lineamientos de reforma del sector salud derivan en el siguiente esquema de **pilares** para el mejor cumplimiento de los objetivos estratégicos:

- 1. Fortalecimiento de la capacidad de conducción y respuesta en Salud Pública:** que implica fortalecer la autoridad sanitaria e implementar mecanismos que incidan sobre los factores que restringen el acceso efectivo de las intervenciones en salud pública con énfasis en la articulación multisectorial y la gestión territorial.
- 2. Ampliación de la cobertura de aseguramiento de salud:** que tiene como objetivo el incremento de la cobertura poblacional al aseguramiento, otorgó protección médica a seis perfiles de ciudadanos, entre ellos las madres gestantes, niños y niñas de 0 a 5 años y menores internos de centros juveniles del Poder Judicial. Luego, se sumaron los niños y niñas del Programa Nutricional Qali Warma, ampliando la protección financiera de los hogares frente a gastos catastróficos de salud y tendiendo a la gratuidad en el punto de entrega del servicio. Además, el SIS lanzó las Plataformas Itinerantes de Acción Social

⁶ Ver <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

⁷ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

(PIAS), buques de la Marina de Guerra, con los que navegó por las cuencas del Río Napo, Putumayo y Amazonas, en Loreto, para afiliar a más ciudadanos de 20 comunidades dispersas y de difícil acceso, como promedio por cada viaje.

6. **Mejora de la atención de salud:** que plantea como objetivo general la ampliación de la cobertura prestacional, garantizándose un acceso equitativo a los cuidados esenciales de la salud, a través de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y una cartera de servicios de protección de los riesgos en salud. Desde un punto de vista cualitativo, ello requiere un cambio estructural de la oferta hacia la Atención Primaria de la Salud (APS) y desde el punto de vista cuantitativo, el cierre progresivo de un pronunciado déficit de oferta.
3. **Promoción y protección de los derechos en salud:** que implica fortalecer los mecanismos para dicha promoción y protección de derechos, para prevenir las fallas en la prestación de servicios y para restituir el derecho cuando éste haya sido vulnerado.
4. **Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema salud:** que busca la modernización del MINSA como autoridad sanitaria nacional, de forma de incrementar su capacidad de conducción del sistema de salud, de protección de la salud pública, de regulación de los ámbitos y mercados pertinentes y de la coordinación inter sectorial, intergubernamental y con actores institucionales clave.

1.3. *Diseño institucional*

En el marco de las facultades legislativas delegadas por el Congreso de la República al Poder Ejecutivo se dictó el Decreto Legislativo 1161 Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud con la finalidad de establecer sus funciones y competencias así como su estructura básica y naturaleza jurídica. Dentro de ese marco jurídico se hizo necesario diseñar un nuevo sistema organizacional que haga posible cumplir a cabalidad las funciones encomendadas al Ministerio en un contexto de cambio estructural orientado a la mejora de salud de las personas, el mismo que se consolida en Decreto Supremo N° 007-20016-SA.

Con la aprobación del Reglamento de Organización y Funciones, Decreto Supremo N° 007-2016-SA, se busca darle operatividad a las funciones asignadas en la Ley de Organización y Funciones, aprobado por Decreto Legislativo N° 1161, permitiendo darle

expresión operativa e implementación al proceso de Modernización respecto al cumplimiento de sus funciones, objetivos generales y su misión. Para implementar el proceso de modernización en el Ministerio de Salud se han dado las condiciones legales y políticas para el ordenamiento necesario y reestructuración del Ministerio, buscando siempre el beneficio ciudadano.

En ese sentido, el nuevo ROF se constituye como el instrumento de gestión diseñado para que el MINSA pueda cumplir de manera eficiente con las funciones encomendadas por el legislador y refleja en su diseño la intención de hacer posible un ejercicio pleno del derecho a la salud no solo desde una perspectiva individual sino también pública lo cual justifica la existencia de dos viceministerios.

Debe señalarse que la estructura administrativa diseñada obedece a la necesidad de contar con órganos especializados que tengan la capacidad resolutoria necesaria para poder cumplir con sus funciones. Así, además de haber considerado la existencia de los dos viceministerios para poder atender las necesidades de salud individual y salud pública también se ha considerado la necesidad de incorporar dentro de la estructura orgánica a los espacios de coordinación que como el Consejo Nacional de Salud sirven para diseñar las políticas de salud a implementarse en todo el territorio nacional.

De otro lado, es importante resaltar que el diseño de los órganos especializados del MINSA obedece al reconocimiento de que la salud plena de las personas tiene múltiples aristas y por lo tanto merece una atención integral y multidisciplinaria. Por ello es que se ha considerado la existencia de direcciones generales vinculadas a la promoción de la salud, salud sexual y reproductiva, salud ambiental adscritas al Viceministerio de Salud Pública así como direcciones de aseguramiento universal y de infraestructura equipamiento y mantenimiento que deben velar garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud.

En ese sentido, el ROF ha tratado de expresar el reconocimiento del deber del Estado de garantizar la vigencia de los derechos fundamentales de la persona en el marco de lo dispuesto por los artículos 1° 7° 9° 10° y 44° de la Constitución Política.

De ésta manera se busca fortalecer la gobernanza del Ministerio de Salud como ente rector del sector, generando visiones nacionales estratégicas y políticas públicas en salud, así como marcos regulatorios para el adecuado ejercicio de funciones en salud que permitan a su vez vigilar el adecuado desempeño de los mismos, dejando atrás

funciones vinculadas a la provisión directa de servicios, las cuales ahora estarán bajo responsabilidad de sus organismos públicos adscritos, como ejes articuladores.

Se espera tener como impacto a una organización moderna, con nuevas metodologías como el diseño organizacional en base a procesos que aporta una mejor distribución de funciones al interior de la entidad de acuerdo a las materias de competencias y a los procesos identificados, así como una adecuada delimitación con las competencias de los otros niveles de gobierno, produciendo sinergias, reconociendo, y mejorando los procesos que generen valor público.

Se logrará el buen gobierno y la gestión descentralizada del Sistema Nacional de Salud cercana al ciudadano, garantizando la equidad, calidad y participación de los gobiernos regionales y locales, a través de la articulación estratégica sectorial, posibilitando un intercambio de experiencias, identificando las características poblacionales, respetando la interculturalidad, fortaleciendo la autoridad nacional y regional, y otorgando mejores servicios a la población del país según sus necesidades.

Para efectos de este informe de transferencia, cada dependencia ha preparado su correspondiente informe, el mismo que se incluye como secciones específicas del presente documento.

Proceso de Implementación del ROF

La aprobación del Reglamento de Organización y Funciones, ha conllevado el seguimiento y evaluación de las actividades consignadas en su Plan de Implementación, aprobado por Resolución Ministerial N° 178-2016/MINSA, para lo cual se conformó un Grupo de Trabajo⁸ que brinde apoyo a la implementación del mencionado reglamento, a fin garantizar que la emisión de los documentos de gestión en materia organizacional, asignación presupuestal y de recurso humanos, garantizando principalmente el rediseño organizacional implementado y promoviendo la adecuación de los ambientes, la redistribución de los recursos humanos y la sensibilización al personal.

Cabe precisar que el proceso de implementación del ROF se está efectuando de manera gradual y de acuerdo a las disposiciones establecidas en el referido documento; así como

⁸ El Grupo de Trabajo se conformó mediante Resolución Ministerial 189-2016/MINSA del 16 de marzo del 2016. Conformado por representantes del Despacho Ministerial, Viceministerio de Salud Pública, Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, y de la Secretaría General.

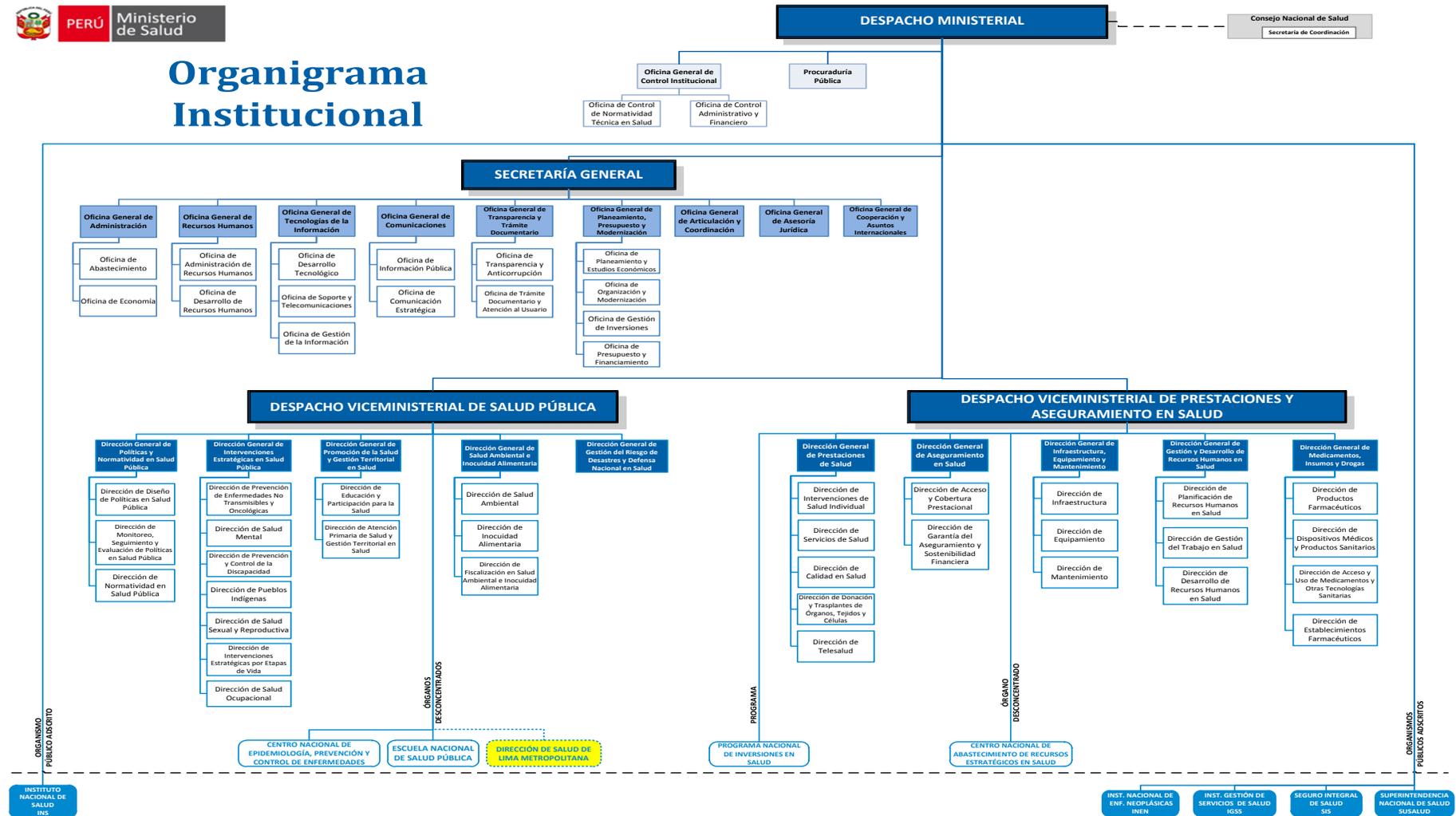
en el Decreto Supremo que lo aprueba y las disposiciones complementarias, considerando los recursos presupuestarios existentes. Asimismo, resaltar que el Grupo de Trabajo ha contado con la asistencia técnica de la Oficina General de Recursos Humanos, la Oficina General de Administración y de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, en las materias de su competencia.

1.4. Organigrama



PERÚ Ministerio de Salud

Organigrama Institucional



2. Marco estratégico

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

2.1. Visión⁹

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. Misión¹⁰

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde 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.

2.3. Objetivos estratégicos

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

⁹ PESEM 2016-2021

¹⁰ PEI 2012-2016

- OE1:** Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.
- OE2:** Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable
- OE3:** Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza
- OE4:** Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza
- OE5:** Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos
- OE6:** Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de salud

2.4. Políticas Institucionales

El Ministerio de Salud ha establecido los “Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud”¹¹ que buscan mejorar el estado de salud de los residentes en el país a través de políticas de reforma destinadas a mejorar la calidad de los servicios con mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios. De la revisión del documento de reforma¹² las políticas institucionales son:

Fortalecimiento de la capacidad de conducción y respuesta en Salud Pública: Con la creación del Viceministerio de Salud Pública se ha dado énfasis especial en el trabajo intersectorial para el fortalecimiento de intervenciones colectivas, en especial aquellas de alto impacto, para la reducción de los riesgos en salud de la población y las políticas multisectoriales para mejorar los determinantes sociales de la salud (principalmente, cerrando las brechas de agua y saneamiento, así como la promoción de hábitos saludables). Logros importantes en salud pública han sido la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años de 19,5 por 100 el 2011 a 14,4 por 100 el 2015; la Tasa de Mortalidad Infantil de 20 por 1000 nacidos vivos el 2009 a 15 por 1000 nacidos vivos en la actualidad y la reducción de la prevalencia de TB en todas sus formas por 100 mil habitantes pasó de 96 el año 2011 a 87.1 al 2015, permitiendo alcanzar las metas propuestas en los Objetivos del Milenio; además del control de la epidemia de dengue y de la propagación del Chikungunya y la reciente declaración de la OPS/OMS que el Perú es país libre de rubeola y síndrome de rubeola congénita.

¹¹ Consejo Nacional de Salud. Documento Técnico: Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud. Julio 2013

¹² Indicadores para el monitoreo y evaluación de la reforma del sector salud. S. Escobedo. BM, Marzo 2014.

Protección en salud individual, cuyo principal instrumento es el Seguro Integral de Salud (SIS). El presupuesto del SIS se incrementó de S/ 533 millones en el 2011 (0,1% del PBI) a S/ 1 623 millones en el 2016 (0,2% del PBI), ejecutándose las siguientes acciones:

- **Eliminación de restricciones de carácter normativo-administrativo para cerrar la brecha de población sin seguro de salud**, lo que ha permitido afiliar a casi 2 millones de personas entre habitantes de centros poblados alejados, indocumentados, personas privadas de la libertad, niños residentes en albergues y personas en situación de calle.
- **Incorporación de un enfoque de protección a la población vulnerable ya sea por condición biológica y/o social**, permitiendo que en el 2015 se alcance una afiliación de 350 mil recién nacidos, 132 mil menores de 3 años y cerca de 3 millones de escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas del ámbito Qali Warma al SIS.
- **Protección a independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y a sus derechohabientes gracias al Plan SIS Emprendedor**, que cuenta con 257 mil asegurados activos y 427 mil registrados.

Al respecto, cabe destacar que el número de afiliados al SIS ha pasado de 12 millones en 2010 a más de 16 millones en 2015¹³.

Ampliación la cobertura prestacional y fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud, que va de la mano con una mayor y mejor provisión de servicios a través de:

- **Incremento de la oferta pública existente**, mediante la ampliación de horas de atención en los establecimientos; extensión de la atención especializada a través de las brigadas itinerantes “Más Salud” beneficiando a más de 600 mil personas (4 mil cirugías en zonas priorizadas de todo el país); el intercambio prestacional de servicios que ha hecho posible que más de 50 mil asegurados del SIS y EsSalud puedan atenderse indistintamente en establecimientos públicos o del Seguro Social.
- **Tratamiento de enfermedades de alto costo:**
La atención de las enfermedades de alto costo, como los casos de cáncer más comunes, la insuficiencia renal crónica (IRC) y las enfermedades raras o huérfanas es otro beneficio que el SIS brinda a sus asegurados. Estos tratamientos son financiados a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), en virtud a

¹³ A Junio de 2016 el número de afiliados total es de 17,103,888 de los cuales 16,275,926 afiliados cuentan con DNI validado por la RENIEC (que representa el 95% del total de afiliados).

convenios suscritos con los hospitales de mayor complejidad de Lima Metropolitana y Callao, así como de distintas regiones del país. La cobertura de enfermedades de alto costo también comprende trasplantes emparentados que se realizaron tanto en el extranjero y en nuestro país.

- **Fortalecimiento y modernización de la inversión pública en salud, con énfasis en el nivel intermedio.** Se han ejecutado alrededor de S/ 7 038 millones en construcción de establecimientos de salud desde agosto de 2011 hasta el 15 de junio de 2016. Ello ha permitido que 168 establecimientos de salud hayan sido concluidos, ampliados o remodelados con equipamiento, los que incluyen 2 hospitales nacionales, 6 regionales, 21 provinciales, 95 centros de salud estratégicos y 44 centros o puestos de salud no estratégicos. Se deja en cartera 265 proyectos en marcha.
- **Implementación de una política remunerativa con incentivos al buen desempeño, a una distribución espacial más equitativa y una gestión del desarrollo de recursos humanos orientados a la excelencia.** A través del incremento de las plazas de residentado médico que han pasado de 1 495 el 2011 a 3 335 el 2015; así como de las plazas de profesionales que realizan su SERUMS que se han incrementado de 7 121 el 2011 a 9 013 el 2015, y en general, ha aumentado el personal que labora en los establecimientos públicos de todo el país, de 119 697 el 2011 a 151 764 el 2015.

También destaca la implementación de¹⁴:

- **Plan Esperanza:** creado en el 2012 para prevenir y tratar el cáncer realizándose desde esa fecha hasta fines del 2015 más de 7,8 millones de consejerías en cáncer. Asimismo, más de 4,7 millones de personas han sido evaluadas para diagnóstico precoz de cáncer y más de 243,960 personas con cáncer han sido diagnosticadas y tratadas de forma gratuita a través del SIS.

El Plan Esperanza ha sido reconocido por la OPS/OMS como un modelo a seguir en la región; rompió las barreras económicas, geográficas y culturales de las poblaciones con muy pocas o nulas posibilidades de acceder a campañas preventivas y a tratamientos oncológicos por sus precarias economías.

La financiación proviene del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Fondo Intangible de Salud Solidario (FISSAL). Este último cubre las atenciones de los siete tipos de cáncer más comunes en el país: cuello uterino, mama, próstata, estómago, colon, leucemia y linfoma. El SIS, por su parte, asume los costos de la atención por cáncer

¹⁴ Otros programas representativos son el Plan Nacional de Salud Bucal "Vuelve a Sonreír" que benefició, con más de 20 mil prótesis dentales, a la población adulto mayor de bajos ingresos; y el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) que, desde su inicio en 2012, ha resuelto más de 2 millones de emergencias y urgencias médicas pre-hospitalarias a nivel nacional.

de ano, hígado, pulmón y piel no melanoma y todas las demás atenciones de cánceres definitivos no priorizados. Además, tiene una contribución importante en la prevención del cáncer a través del financiamiento del Plan Esperanza Móvil, un servicio itinerante de tamizaje de cáncer integral que recorre el país para detectar precozmente esta enfermedad.

A la fecha, se han realizado 31 332 tamizajes (23 330 en mujeres y 8 002 en varones) en las regiones de Pasco, Arequipa, Ica e Piura.

- **Plan de Salud Escolar:** a través del plan Aprende Saludable que declara de interés nacional la atención integral de la salud de los escolares más pobres, el SIS ha hecho posible que, 2,4 millones de estudiantes de inicial y primaria de instituciones educativas públicas del ámbito Qali Warma se han atendido con evaluación del estado nutricional, identificación de anemia, vacunación, evaluación de la agudeza visual (incluyendo la entrega de lentes a 22,000 escolares): examen estomatológico y salud mental. Estas revisiones forman parte de la evaluación integral de salud incluyendo la entrega de lentes y reparación de caries cuando los escolares lo necesitan.
- **Bienvenidos a la Vida:** programa donde los recién nacidos de las zonas más pobres se les brinda un paquete de protección que incluye afiliación al SIS, consejería, evaluación del crecimiento y desarrollo y la entrega de una caja-cuna y kit de suministros para el cuidado del recién nacido y la madre. El plan beneficia a recién nacidos de 19 departamentos priorizados y de 19 distritos priorizados de Lima Metropolitana. Se estima que 74 mil recién nacidos han recibido el kit de abrigo y cuidado.
- **Creación del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)** como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de gestionar los procesos de prevención y control de enfermedades de importancia nacional e internacional. Incluye la gestión de acciones vigilancia epidemiológica, inteligencia sanitaria, salud global y respuesta rápida a brotes, epidemias, desastres y emergencias.

Protección de derechos en salud y aseguramiento de calidad, creándose la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que es el organismo especializado en materia de supervisión de servicios de salud (públicos y privados) para verificar el cumplimiento de estándares y normas técnicas, desarrollar acciones de orientación al usuario, resolución de reclamos y quejas, prevención de la ocurrencia de eventos adversos y sanción, en los casos que así lo ameriten. Gracias a ello, 80 mil usuarios han

recibido orientación y consulta y 6 mil quejas han sido atendidas. Asimismo, se han realizado más de 1 000 supervisiones a instituciones prestadoras y financiadoras de servicios de salud y se han elegido 7 Juntas de Usuarios de Servicios de Salud en las regiones de Lima, Callao, Lambayeque, Loreto, Arequipa, Ayacucho y Cusco.

Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud, mediante la adecuación de la organización del MINSA para facilitar el ejercicio de las funciones de conducción estratégica, regulación y fiscalización (nueva Ley de Organización y Funciones del MINSA, basado en un enfoque de especialización y de gestión por resultados), el otorgamiento de facultades extraordinarias para intervenir temporalmente las direcciones regionales de salud ante situaciones excepcionales de riesgo, emergencias sanitarias o incuria funcional que atenten contra la salud de las personas, dotándolo de capacidades operativas y logísticas. La rectoría en el planeamiento macroregional de la inversión en salud, concertado entre el MINSA, los Gobiernos Regionales, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y ESSALUD; la ampliación y gestión del financiamiento de la salud, como un mecanismo para garantizar la cobertura financiera de la población protegida por el Estado a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL); el fortalecimiento del cuerpo directivo y administrativo clave a nivel nacional y regional, así como la implementación de sistemas de información de gestión clínica y administrativa con atributos de interoperabilidad intra e intersectorial.

3. Información respecto al cumplimiento

3.1. Estado situacional al inicio de su gestión

3.1.1. Entorno socioeconómico del período 2011-2016

En lo económico el Marco Macroeconómico Multianual 2011-2013 proyectaba un crecimiento entre 5.5%-6% mientras que para el siguiente trienio se estimó se mantuvo esta previsión, no obstante la situación económica externa comenzaba a deprimirse. Las proyecciones tomaban en consideración principalmente, la demanda interna que hasta ese periodo se mantuvo estable, las expectativas de la inversión privada y el crecimiento de los países emergentes más importantes, que no obstante tendrían un menor ritmo de crecimiento, siguen siendo considerados demandantes relevantes de recursos naturales, especialmente en el rubro de alimentos que el país exporta. Esta proyección ha sido rectificada para el trienio 2014-2016 con una meta de crecimiento económico de 3.5%.

La situación social se presentó para ese periodo mucho más complicada que la situación económica desde el punto de vista de la pobreza, inclusión social, conflictos sociales y expectativas de una clase media emergente por el contexto de crecimiento económico previo. En el 2011, el 6.3% de la población se encontraba en situación de pobreza extrema constituida por personas que tenían un gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos. Otro grupo que compone la población pobre son los pobres no extremos que representaba el 21.5% de la población total. Traducidos estos porcentajes en números absolutos de una población proyectada al 2011 de 29.797.694 habitantes, 8.283.759 se encontraban en situación de pobreza y 1.877.254 en situación de pobreza extrema. Era previsible la necesidad de diálogo y concertación con la sociedad civil.

Entre los años 2011 y 2016 la incidencia de la pobreza disminuyó en 6 puntos porcentuales al pasar de 27.82% a 21.77%; por encima de la reducción de la pobreza en el periodo previo 2007-2011, en el cual decreció en 14.6 puntos porcentuales, al pasar de 42.4% a 27.82%, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹⁵.

¹⁵ Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015. INEI, (INEI, 2016) Abril 2016

La pobreza afecta de manera distinta a las áreas urbana y rural, incidiendo en el 18% de la población urbana y 56% de la población rural, es decir, casi tres veces más al año 2011. La situación al año 2015 es de una incidencia de 14.54% en el área urbana y 45.18% en el área rural; estos resultados muestran que la pobreza se redujo en ambas áreas aunque sigue afectando más al área rural.

El principio de inclusión social ha sido orientador de las acciones gubernamentales con una afectación positiva en los determinantes de la salud, esto incluye la provisión de agua potable, saneamiento y electrificación, construcción de nuevas vías de comunicación, así como diversos programas sociales focalizados en grupos poblacionales como Cuna Más, QaliWarma, Pensión 65, Beca 18, el programa laboral Vamos Perú, a la par de los pre-existentes como Juntos, Foncodes, Agrorural y el fortalecimiento de la política contra la desnutrición crónica infantil a la que se le ha asignado un importante monto presupuestal.

3.1.2. Análisis de Situación de Salud

El análisis de situación de la salud al inicio de gestión mostraba un país en transición demográfica y epidemiológica, con situaciones particulares para los componentes prioritarios de atención tales como Salud Materna, situación de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y los principales problemas que afectan el desempeño sectorial. A continuación se explica cada punto:

Transición demográfica y epidemiológica

Al inicio de gestión, se contaba con la información del estudio de carga de morbilidad de 2006¹⁶, que daba cuenta de la transición demográfica y epidemiológica que vive el país entendida como *“el paso de una situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad a otra de bajas tasas. El cambio de un patrón en el que predominan las enfermedades infecto contagiosas a otro en el que las principales causas de muerte son los padecimientos crónico-degenerativos”*. Las implicancias de la transición demográfica y epidemiológica cambian la configuración de causas de muerte de la materna, infantil y de las enfermedades transmisibles, como las principales; que están siendo desplazadas por causas de muerte por enfermedades no trasmisibles. Un mejor reconocimiento del perfil epidemiológico ha sido posible con el estudio de carga de morbilidad realizado durante esta gestión el año 2012.

¹⁶ Velasquez A; Cachay C; Munayci C; Poquioma E; Espinoza R; Seclén Y. *“La carga de enfermedad y lesiones en el Perú”* MINSA, 2008.

La situación en lo demográfico

El ritmo de crecimiento de la población viene disminuyendo desde hace algunas décadas. De acuerdo a las proyecciones del INEI la población del Perú para el 2012 se estimaba en 30.135 millones de habitantes y para el 2016 de 31.488 millones. La tasa de crecimiento de la población continuará con su ritmo descendente de 1.13% a 1.08%.

Urbanización acelerada

Al 2011 país sigue su proceso de concentración poblacional en ciudades constituyendo la población urbana el 72.36% y la rural 27.64%. Ello explicado por el proceso de migración hacia centros urbanos mayores de 2000 habitantes, los cuales requieren aumentar su infraestructura en servicios básicos como agua y saneamiento, así como la cobertura de servicios de salud.

Progresivo envejecimiento de la población

Según el INEI el proceso de envejecimiento de la población se mantiene desde 1970. Para el año 2012 se estimaba que la población mayor de 65 años correspondía al 6.1%.

Salud Materno Infantil

Mortalidad infantil

De acuerdo a ENDES la tendencia histórica de la tasa de mortalidad infantil, neonatal y de menores de 5 años, ha tenido un descenso sostenido. La mortalidad infantil había pasado de 57 muertes por mil nacidos vivos el año 1990 a 20 muertes por mil nacidos vivos para el 2009 (ENDES continua 2009). Sin embargo, este descenso no se había dado en la misma proporción en todas las regiones del país.

Mortalidad materna

Según el dato disponible al inicio de la gestión la mortalidad materna en el país estaba en 93 por 100 mil nacidos vivos (ENDES continua 2010), siendo una de las tasas más altas en América Latina.

Desnutrición crónica

Según el dato disponible al inicio de la gestión la proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia de OMS) era de 19.5% (ENDES 2011).

Situación de enfermedades transmisibles

Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)

De acuerdo a ENDES al primer semestre del 2011, la proporción de niños menores de 36 meses con IRA alcanzó el 19.1% y afecta con mayor severidad a la población de

menores recursos y a las poblaciones de Loreto, Pasco, Piura, Huánuco y Ancash. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud y está como principal causa de muerte, especialmente en la población mejor de 36 meses y en personas mayores de 60 años. De allí la recomendación de uso de vacunas contra las infecciones por Neumococo y Haemophilus influenza de tipo B para niños menores y la tercera edad y la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. La disminución de esta enfermedad es muy lenta, entre 2000 y 2011 disminuyó en 3.5%.

Situación de las Enfermedades Diarreicas (EDA)

Entre el período 2009-2011, las enfermedades diarreicas agudas EDAS afectaron principalmente a los niños en situación de pobreza, donde las condiciones de higiene no son buenas y se presentan por igual en áreas urbanas (19.3%) y rurales (18.3%). Como consecuencia de un mayor acceso a agua tratada y agua potable en el periodo previo esta enfermedad se ha reducido en 17.6%.

Situación de la Tuberculosis (TB)

La tasa de morbilidad en el país al inicio de gestión fue de 110 casos por cada 100 mil habitantes. En números absolutos el año 2010 fueron diagnosticados 32,477 enfermos de TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, en los barrios marginales de mayor concentración de pobreza. El 10% contrae la tuberculosis multidrogo resistente (TB MDR). La ciudad de Lima concentra el mayor número de pacientes multidrogo resistente, (82 %de casos de TB MDR y 93 % de casos de TB XDR del total de casos del país. El Ministerio de Salud (MINSa) ha incluido un nuevo tratamiento como parte del Plan Multisectorial de Intervención en TB XDR en el Perú con la finalidad de fortalecer el manejo programático del mal en el país. La existencia de segmentos de población sin acceso a los servicios de atención, las disparidades en el financiamiento público de la salud y la falta de sinergias sectoriales configuran un escenario potencialmente vulnerable a las enfermedades emergentes y reemergentes. Un ejemplo de ello es la aparición en nuestro medio de la Tuberculosis Multidrogo Resistente (MDR) cuya tendencia ascendente se ha tratado de controlar.

Situación del VIH-SIDA

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud al mes de abril de 2011 reportaba que se han notificado 27,454 casos de SIDA y 44,004 de VIH. En la gran mayoría de los casos la transmisión de esta enfermedad fue por la vía sexual (97%),

vertical en el 2% y parenteral en el en el 1% de los casos. La tendencia en la incidencia tanto de los casos de SIDA y de casos de VIH a ese año era descendente. Se estimaba que entre 11 a 20 mil jóvenes entre los 15 y 34 años viven con VIH, pero solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH. Lima y el Callao concentran el 70.6% de los casos de SIDA, el resto se distribuyen en ciudades de la costa e Iquitos y Pucallpa, Huancayo y Huaraz.

Situación de la Hepatitis B

Al 2011 se estimaban 256 casos comprobados de Hepatitis B; 67 casos probables. De acuerdo a expertos hay un sub-registro (casos no diagnosticados) de personas con hepatitis B. El virus de la hepatitis B (HBV) es un virus altamente infeccioso cuyo portador crónico puede resultar en cirrosis hepática o cáncer de hígado y cuando está asociado al virus Delta como ocurre en el Perú esto se da en plazos más cortos. La intensa migración interna en el país de áreas endémicas hacia áreas no endémicas y viceversa, debido a factores económicos y sociales que viene ocurriendo en las últimas décadas, está cambiando de manera importante el patrón epidemiológico de la infección por HBV y D. La vacuna disponible contra HBV es eficaz y segura, y siendo la vacunación una de las intervenciones más costo efectivas, se han desarrollado programas de vacunación piloto en el país, con un significativo impacto sobre la tasa de infección; por lo que amerita ampliar la población objetivo que recibe la pentavalente a inmunizar a adolescentes y jóvenes y grupos de riesgo de manera que se acorten los periodos para eliminar la infección por HBV y por tanto sus secuelas crónicas.

Situación de la Malaria y Dengue

Si bien al 2011 habían ido disminuyendo el número de casos de malaria notificados, ese año el nivel de casos en el país aumentó, habiéndose notificado 19,919 casos de malaria acumulados. 17,461 de los cuales corresponden a infecciones por *P. vivax*, y, 2,458 infecciones por *P. falciparum*.

La notificación de casos de Dengue en el Perú, hasta la SE 35-2011, fue de 35, 066 notificaciones, de los cuales 7,481 fueron descartados. El acumulado de los casos (entre confirmados y probables) fue de 27,585 casos de Dengue Clásico de los cuales el 85.6%(23,616) fueron casos confirmados y el 14.4%(3,969) fueron como casos probables. Las áreas más afectadas eran Ucayali, Cajamarca (Jaén); Loreto y Junín.

Situación de la Bartonelosis y Chagas

Hasta la SE 15 – 2012, la incidencia como país se había duplicado respecto al año 2011 y fue muy similar a la del año 2009. La incidencia más baja como país se alcanzó el año 2010, desde entonces la tendencia de los casos notificados está en aumento. La falta de métodos diagnósticos rápidos, sensibles y oportunos, exige que se protocolice el manejo de casos y se requiere extender la práctica de hemocultivos a todo paciente que cumpla con la definición de caso para EC, antes de iniciar el tratamiento.

La seroprevalencia indica que la enfermedad de Chagas aún es importante en el sur del Perú, sin embargo, existen otras zonas de la región norte y nororiental con tasas de infección entre 5 y 11%. 28 La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana (transmitida por picadura de la chirimacha o vinchuca (*Triatoma infestans*), en la macro región sur ha pasado a ser una enfermedad atendida e interrumpida. Significa que actualmente ha dejado de representar un riesgo para la salud pública de la región sur occidental del país al haber reducido el número de Chirimachas, vector que transmite la enfermedad, a su mínima expresión, gracias a las acciones de prevención y control desarrolladas por el sector Salud, en los tres niveles de gobierno. A nivel nacional el reporte de personas infectadas varía irregularmente año a año, así: en el 2010, 24 casos, 2011, 90 casos, y en el 2012, 11 casos en la semana epidemiológica 33.

Emergencia de Amenazas Globales

El país ha tenido a hacer frente a recientes epidemias de gran magnitud e impacto que de manera global afectan, en particular a la región de las Américas, como son la Fiebre por Chikungunya y Enfermedad por Virus Zika.

El Chikungunya se extendió rápidamente en la Américas a partir del 2014, los esfuerzos desarrollados por reducir su impacto en el país controlaron el riesgo de extensión y sólo se han reportado brotes focalizados principalmente en el departamento de Tumbes y casos limitados en Madre de Dios y Piura. Asimismo se confirmó casos en Madre de Dios.

La enfermedad por virus Zika a la fecha afecta a 40 países de la región de la Américas y se ha reportado complicaciones graves asociadas a la infección, principalmente anomalías congénitas (microcefalia) y trastornos neurológicos (Síndrome de Guillan Barré). En el País, las acciones de prevención y control han retrasaron el ingreso de la transmisión, la misma que viene ocurriendo de manera focalizada en ciudades como Yurimaguas y Jaén; asimismo se ha confirmado caso de infecciones por Zika en Tumbes,

Ucayali, Iquitos y Tocache. A la fecha a nivel nacional se ha confirmado 79 casos de infecciones por este nuevo virus.

Las Amenazas Globales a la salud pública determinan la necesidad de implementación de manera permanente de planes de preparación, prevención y control.

Situación de enfermedades no transmisibles

Situación de la Hipertensión Arterial

En el Perú al 2011 se estimó que un 25% de la población adulta (mayor de 20 años) padecía de hipertensión arterial (presión sistólica igual o mayor a 120 mm Hg o la diastólica mayor o igual a 80mm Hg), con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cerebro y cardio-vascular e insuficiencia renal. Más de 60% de hombres y mujeres mayores de 65 años sufre de hipertensión y, con el aumento de la edad se presenta un mayor número de individuos hipertensos. Este hecho obliga a las personas afectadas a considerar seriamente cambios en estilos de vida (hábitos en actividad física y alimentación, pérdida de peso abdominal), así como el uso de terapia antihipertensiva en aquellos individuos en quienes es necesario prevenir serias complicaciones sobre órganos blanco. El conocimiento de estos beneficios, en el control de la hipertensión dista mucho de ser óptimo, principalmente la poca atención de los médicos en un mejor manejo de pacientes, y la falla de los pacientes en cumplir la terapia prescrita. Consecuentemente, se requiere capacitación en ambos grupos, antes de aspirar a una mejora en los resultados.

Situación de la Obesidad

Según la Encuesta Global de Salud Escolar del año 2010, 23% de los escolares presenta sobrepeso. De otro lado, la Encuesta Nacional de Hogares señala que el sobrepeso y la obesidad están afectando a uno de cada tres hogares pobres del país. Es decir, que si bien, antes era un problema exclusivo de hogares con mayor poder adquisitivo, hoy en día también está penetrando en zonas con menos recursos económicos. La preocupación del MINSA por la adecuada alimentación ha generado, una serie de campañas donde se fomenta la alimentación saludable, entre ellas: “Quioscos Saludables”, dirigido a los colegios, “Come rico, come sano, come peruano. A ello se suma combatir el sedentarismo cada vez más generalizado en las sociedades urbanizadas, que según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, aplicadas por el MINSA, debe combatirse estimulando en toda la población los ejercicios físicos cotidianos, las caminatas y el uso de bicicletas.

Situación de la Diabetes Mellitus

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está aumentando debido al incremento de la esperanza de vida, la obesidad y los hábitos sedentarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes tipo2 Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios y casi la mitad de esas muertes corresponden a personas menores de 70 años, y un 55% a mujeres. En el país es necesario medir esta prevalencia, sin embargo, no hay razones para que la tendencia sea mejor que las estadísticas proporcionadas por la OMS.

Situación de la Neoplasia Maligna

Cuarenta personas mueren diariamente en el Perú como consecuencia del cáncer de ese total, 21 son mujeres y 19 son hombres. Aproximadamente 22 mil peruanos viven con este mal sin saberlo. El 80 por ciento de estos casos se presentan en estadios avanzados. Frente a este preocupante panorama actual el INEN ha decidido enfatizar la descentralización de los servicios oncológicos y en el Programa de Prevención y Control del Cáncer que se viene ejecutando en 26 regiones. Cabe destacar, que actualmente están funcionando dos Institutos Regionales en el Sur (Arequipa) y en el Norte (Trujillo), establecimientos especializados que, en conjunto, han realizado cerca de 55 mil atenciones oncológicas desde que fueron creados.²⁹ Otra de las estrategias para enfrentar la problemática del cáncer en el Perú es la puesta en marcha de Preventorios, los mismos que se están trabajando en forma coordinada con algunos nosocomios y gobiernos locales tanto de Lima como de provincias.²⁹ De otro lado, el Ministerio de Salud tiene listo el Plan Esperanza que está orientado a dar acceso en el tratamiento del Cáncer a la población de menores recursos y cuenta para ello con una asignación fiscal de 100 millones de soles para el 2012 y 300 millones para el 2013.

3.1.3. Análisis de la situación institucional

Al inicio de la gestión la situación institucional arrastraba los siguientes problemas que afectaban el desempeño institucional:

Déficit de recursos humanos, alto grado de insatisfacción y formación inadecuada.

Al año 2010 y según los datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, trabajaban en el sistema de salud un total de 187,023 trabajadores y profesionales de los cuales 123,663 trabajaban en el sistema público de salud (MINSa y Gobiernos

Regionales) y 42,654 en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Las IPRES del sector privado tenían 7,230 profesionales, técnicos y auxiliares y las Sanidades de las fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú 13,476 profesionales, técnicos y auxiliares. Este contingente de 187,023 personas era responsable de atender la salud de los 29.461 millones de peruanos, que era la población estimada para el mismo año 2010.

Según las estadísticas de la OPS, el Perú tiene una de las tasas de disponibilidad de médicos y odontólogos más baja (9.4 por 10,000 habitantes) que no ha variado desde el 2005, tasa que era cuatro veces menor a la de Uruguay y tres veces menor que la de Argentina.

En particular, la brecha de médicos¹⁷ y en particular médicos especialistas¹⁸ es un problema de carácter estructural que afecta al conjunto del sistema de salud y que requiere una solución a mediano y largo plazo que por el momento es una restricción importante para aumentar el acceso a servicios de especialidad para la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el país. De acuerdo al Informe al País sobre Recursos Humanos de Perú del 2011¹⁹ sustenta la relevancia de la aplicación de incentivos en el marco de una política de recursos humanos.

Problemas de acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad

Al inicio de la gestión otra limitación importante son los problemas de acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad. Superar estos problemas implica mejorar los procesos desde la planificación, programación de presupuesto, simplificación de procedimientos administrativos para la compra y distribución logística hasta los establecimientos a los cuales acuden los usuarios.

Adicionalmente, la adecuada prescripción es un aspecto clave para que los medicamentos resulten beneficiosos y la intervención sea costo-efectiva.

Por otro lado, al inicio de la gestión, había cierta evidencia de limitaciones en la regulación del sector farmacéutico peruano para lograr los incentivos correctos entre los agentes involucrados tal que haya una oferta adecuada y se evite el contrabando y la falsificación de medicamentos, principalmente, genéricos. Lo anterior incluye el fortalecimiento de DIGEMID para que pueda conducir a los actores a la obligatoriedad de la aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura y la aplicación de controles de calidad para los medicamentos importados.

¹⁷ Carrasco CV, Lozano SE, Velásquez PE. "Análisis actual y prospectivo de la oferta y la demanda de médicos en el Perú 2005-2011". Acta Médica Peruana, 2008, 25(1):22-29.

¹⁸ Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud. Serie Bibliográfica N°12. DGRH, Ministerio de Salud, 2011.

¹⁹ J. Arroyo, J. Hartz, M. Lau. Recursos Humanos en salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. Serie Bibliográfica N°14 Lima-Perú.

Primeros pasos en la articulación de un sector fragmentado

El diagnóstico básico y común del sistema de salud peruano al inicio de la gestión es de un sistema fragmentado que impide un desempeño eficiente en tanto no se ejercía ninguna rectoría sectorial para su articulación en particular para brindar los servicios de salud públicos a través de acciones básicas de intercambio de los mismos.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal Ley N°29344 y su reglamento DS N°008-2010-SA tuvieron un efecto para la articulación del sistema, por ejemplo a la suscripción de convenios de intercambio de servicios entre MINSA y EsSalud a partir del año 2011. Varios nuevos desafíos se pusieron en agenda, entre ellos la definición de tarifarios, acuerdos sobre el Valor de la Unidad Básica de Intercambio Prestacional (UBIP), los mecanismos de pago, las estructuras de costo sin utilidad o lucro. Todo este desarrollo sigue en proceso.

Limitada autoridad sanitaria

El Ministerio de Salud para cumplir con sus funciones de conducción, supervisión, regulación y control del sistema de salud, necesita nuevas capacidades humanas, información planeación e instrumental tecnológico que le permita producir conocimiento especializado, como instrumento esencial para la gestión del cambio y el manejo de los mecanismos de supervisión y regulación, monitoreo de la dinámica y desarrollo del sistema.

Al inicio de la gestión, la evaluación de estas capacidades era limitada. Tanto en términos temáticos (análisis estratégico, desarrollo y normativa de políticas, modulación del financiamiento, modulación de las inversiones en infraestructura, tecnología, entre otros); como en términos de rectoría territorial del país, es decir, el ejercicio de la rectoría en salud respecto a los Gobiernos Regionales.

3.2. Estrategia diseñada en la gestión para el cumplimiento de cada función

La estrategia diseñada en la gestión para el cumplimiento de las funciones ha sido definir las siguientes prioridades alineadas a la política de inclusión social del Gobierno, para que los peruanos puedan acceder a la atención médica:

3.2.1. Financiamiento de la salud

Al inicio de la gestión el nivel del financiamiento de la salud en el país medido por el gasto per cápita fue estimado en US\$337²⁰; mientras que el estimado actual es de US\$626²¹. No obstante este incremento en el gasto per cápita, seguimos por debajo del promedio del mismo indicador en los países de Latino América y el Caribe (LAC) que era de US\$729 el 2012 y actualmente es US\$ 906 según la misma fuente. En términos relativos, el gasto en salud como porcentaje del PBI también ha mejorado, hemos pasado de 5.1% a 5.3%; mientras que el promedio LAC es 7%. Si sólo se analiza el gasto público el nivel de gasto per cápita es de US\$199 que corresponde a 3% del PBI. Finalmente, si se excluye a EsSalud, y se considera solo el gasto del MINSA y los Gobiernos Regionales, el gasto alcanza a US\$132 y el porcentaje es aproximadamente el 2% del PBI.

Tabla 1: Financiamiento en salud: nivel y porcentaje del PBI

Tipo de economía	2012		2016				
	Gasto Total en Salud		Gasto Total en Salud		Gasto Público en Salud*		MINSA+GR
	Percápita - US\$	Total (%PBI)	Percápita - US\$	Total (%PBI)	Percápita - US\$	Total (%PBI)	
América Latina y el Caribe (LAC)	729	7.7%	906	6.9%	382	4.0%	
Perú	337	5.1%	626	5.3%	199	3.0%	US\$ 132 (2%)
Brecha de financiamiento ^{1/} (% PBI)		2.6%		1.6%		1.0%	
Brecha de financiamiento (Miles de Mill. S/.)		13.2		10.4		6.6	

^{1/} La brecha de financiamiento es la diferencia entre el gasto en salud promedio para LAC
Fuente: Para el año 2012: Espacio Fiscal en Salud 2011-2013. USAID/Políticas en Salud; para
(*) Incluye EsSalud

Fuente: USAID/Políticas en Salud 2012; y , Restrepo, H (2016).

Para mejorar la gestión del financiamiento, un primer elemento a destacar es el esfuerzo del Ministerio de Salud para contar con información de los flujos financieros sectoriales a través de la metodología de Cuentas Nacionales en Salud. En esta gestión se ha integrado diferentes estudios previos y ajustados datos para contar con una serie completa y comparable. Este esfuerzo ha sido plasmado en el libro Cuentas Nacionales en Salud 1995-2012²² y además, actualmente se cuenta con las estimaciones preliminares para los años 2013 y 2014²³.

Un segundo elemento ha sido el logro en captar mayores recursos del presupuesto público para el sector salud, que se evidencia en el incremento del presupuesto en la Función Salud (MINSA, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales) en particular en el periodo de la gestión actual. El Gráfico 1, muestra la evolución del presupuesto desde el año de inicio de operaciones del Seguro Integral de Salud (SIS) el año 2002; la

²⁰ USAID/Políticas en Salud 2012; MINSA 2016.

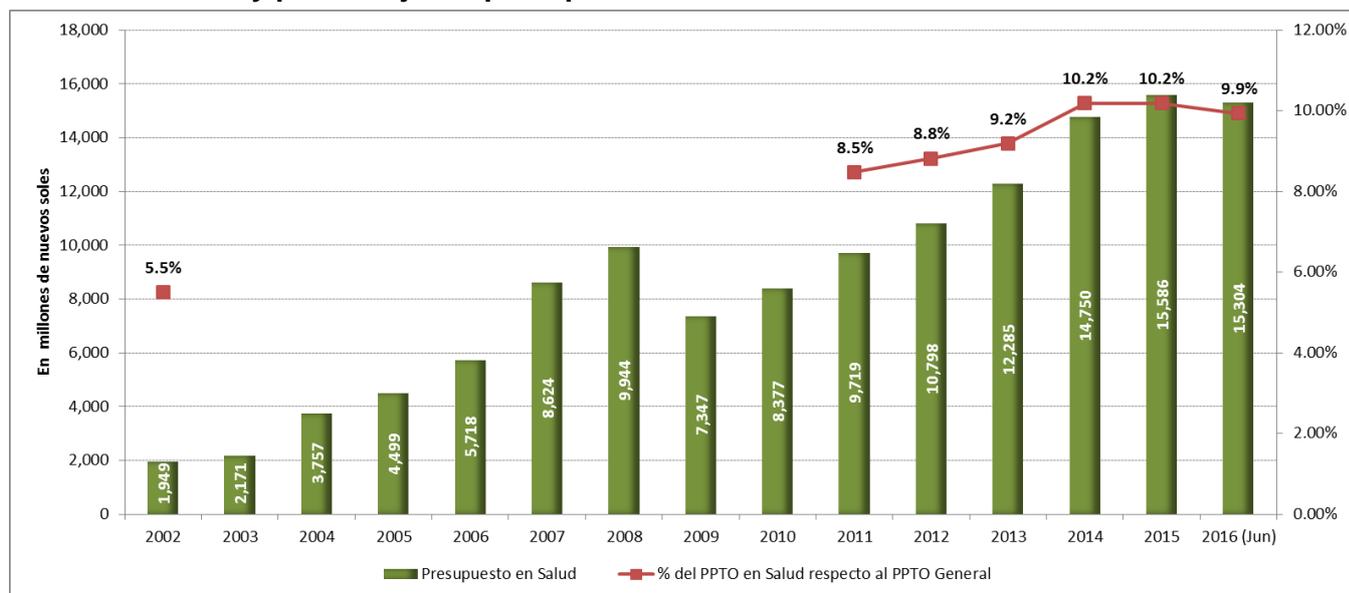
²¹ Restrepo, H. 2016 "Estudio de balance de la gestión del sector salud: Análisis de la evolución del sector salud 2011-2015". Informe de consultoría preliminar. BID, Lima Perú.

²² Cuentas Nacionales en Salud, Perú 1995-2012. Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud.

²³ Boletín Salud y Economía N°2, Enero de 2016.

implementación de los presupuestos por resultados (PPR) el año 2009 y el periodo de gestión actual 2011-2016. El presupuesto público en salud (excluyendo a EsSalud) ha pasado de 5.5% del presupuesto público el año 2002 a 8.5% el año 2011 y 9.9% el año 2016.

Gráfica 1: Nivel y porcentaje del presupuesto total en la Función Salud 2002-2016



En este último periodo 2011-2016, este incremento del presupuesto público, en términos de porcentaje del PBI significa que ha pasado del 1.7% a 2.1% del PBI. Este incremento reduce la brecha, pero sigue siendo insuficiente, tal como se ha mencionado, comparado a los niveles de gasto de países vecinos y está muy lejano de lo alcanzado por países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). La implicancia de ello, es que aún no se puede cerrar el déficit de oferta de servicios.

Desagregando el presupuesto graficado anteriormente por niveles de gobierno para el periodo 2011-2016 como se muestra en la Tabla 3, se puede apreciar que sea cual fuere la expresión del presupuesto, es decir, sea el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) asignado a inicio de año; Presupuesto Institucional Modificado (PIM) que es el que se va cambiando según la ejecución y niveles de demanda adicional en el año y/o finalmente, el presupuesto ejecutado (Devengado), el presupuesto total en salud se incrementó año a año hasta el 2015. El presente año, solo es comparable el PIA y PIM a la fecha y ambos han sido ligeramente inferiores al año 2015; en cambio, el presupuesto devengado no es comparable al anual 2015, porque éste corresponde la ejecución al 30 de junio del 2016.

Tabla 3: Presupuesto Función Salud por nivel de gobierno 2011-2016

PIA						
Nivel de Gobierno	2011	2012	2013	2014	2015	2016
E: GOBIERNO NACIONAL	4,720,439,701	5,119,630,706	5,330,519,584	6,576,932,012	8,721,007,588	8,582,602,119
M: GOBIERNOS LOCALES	206,482,973	290,891,538	338,955,495	302,288,349	283,550,011	195,171,594
R: GOBIERNOS REGIONALES	2,853,187,858	3,262,879,825	4,270,497,411	4,318,597,634	4,720,750,697	4,693,382,725
TOTAL	7,780,110,532	8,673,402,069	9,939,972,490	11,197,817,995	13,725,308,296	13,471,156,438

PIM						
Nivel de Gobierno	2011	2012	2013	2014	2015	2016
E: GOBIERNO NACIONAL	4,901,390,661	4,944,708,716	5,617,032,064	6,973,244,906	7,947,065,687	8,179,464,938
M: GOBIERNOS LOCALES	524,307,909	743,589,634	656,616,654	599,847,444	515,297,672	399,994,524
R: GOBIERNOS REGIONALES	4,293,258,390	5,109,585,550	6,011,824,413	7,177,109,810	7,123,934,686	6,724,777,886
TOTAL	9,718,956,960	10,797,883,900	12,285,473,131	14,750,202,160	15,586,298,045	15,304,237,348

Devengado						
Nivel de Gobierno	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
E: GOBIERNO NACIONAL	4,007,586,707	4,393,948,152	5,299,963,205	6,418,375,979	7,623,296,118	3,814,157,101
M: GOBIERNOS LOCALES	266,004,707	370,479,069	396,288,930	433,807,666	333,918,608	133,722,149
R: GOBIERNOS REGIONALES	3,507,796,486	4,361,164,775	5,481,738,848	6,411,860,535	6,559,561,598	2,927,646,082
TOTAL	7,781,387,900	9,125,591,996	11,177,990,983	13,264,044,180	14,516,776,324	6,875,525,332

(*) Al 30 de Junio de 2016

Fuente: SIAF-MEF 30 Jun 2016

La presente gestión ha destacado una mayor asignación presupuestal a inversión, específicamente al financiamiento de Proyectos de Inversión asociados a la construcción de nueva infraestructura, remodelación y equipamiento de los establecimientos de salud del país. El 2011 se ejecutó 857 millones de soles mientras que el 2005 se ejecutó 1,775 millones de soles, tal como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4: Presupuesto Función Salud Proyectos de Inversión por nivel de gobierno 2011-2016

PIA y Ejecución de los 5 años de Gobierno - Proyectos												
Todas las Fuentes										Millones de Soles		
NIVEL DE GOBIERNO	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado
Gobierno Nacional	764.9	298.1	495.9	243.8	569.0	317.9	916.6	336.4	1,362.9	604.1	1,306.3	25.8
Gobiernos Locales	170.3	187.6	228.1	258.5	265.7	286.7	227.5	308.6	199.7	212.8	103.1	48.5
Gobiernos Regionales	465.4	371.5	689.0	493.7	1,136.5	914.7	918.3	991.6	793.9	957.9	420.2	183.3
TOTAL	1,400.6	857.1	1,413.0	996.0	1,971.3	1,519.2	2,062.4	1,636.6	2,356.5	1,774.8	1,829.6	257.6
SALDOS (PIA - Ejecutado)		543.5		417.1		452.0		425.9		581.8		

Fuente: Consulta Amigables al 12.05.2016

3.2.2. Atención primaria y mejora de servicios de salud

Reconociendo que existe un déficit estructural en la oferta de servicios se ha priorizado el planeamiento, fortalecimiento y expansión de la oferta dotando a los establecimientos de salud públicos con infraestructura, equipamiento y ambulancias, sobre todo de *nivel intermedio*, o segundo nivel. En el 2012, el Ministerio de Salud aprobó la Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA y su modificatoria, Resolución Ministerial N° 997-2012/MINSA que establecen el “Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos en el marco de las Redes de Servicios de Salud”. La lista está conformada por 748 Establecimientos de Salud y, en el 2016, ha sido ajustada por las Resoluciones Ministeriales N° 247-2016/MINSA y 319-2016/MINSA²⁴.

El fortalecimiento de los 748 establecimientos de salud estratégicos en 189 provincias será progresivo. Como resultado del planeamiento de inversiones, aplicado entre el 2012 y 2013, se proyectó que 170 establecimientos deben ser fortalecidos o convertidos en hospitales provinciales, y que tienen un primer orden de prelación para la inversión. En el 2013, se identificó que 40 de ellos ya tenían un PIP declarado viable entre el 2005 y 2012, de los cuales 9 se encontraban en ejecución de obra y 12 ya habían concluido obra, pero requerían equipamiento complementario o una nueva inversión. Los 19 PIP restantes estaban en expediente técnico y, actualmente, cuatro aún están en la misma fase.

²⁴ - A solicitud de los Gobiernos Regionales de Arequipa y Callao se reemplazan dos establecimientos de salud. El número de la lista se mantiene.

A partir del 2013, se inició la elaboración de 108 estudios de pre-inversión que corresponden a los hospitales provinciales. El encargo recayó básicamente en el PARSALUD II (actualmente en el PRONIS), quien asumió la responsabilidad del 80% de los estudios (86 proyectos). El restante 20% estuvo a cargo de los Gobiernos Regionales.

Los estudios de pre-inversión están siendo elaborados con nuevos parámetros de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y de servicios de salud (acordes a los lineamientos de reforma), aprobados entre el 2013 y 2014. De estos estudios, 40 han sido declarados viables a la fecha, por un monto de 3 054 084 millones de soles. Se trata de proyectos integrales, con un monto de inversión promedio de 76 millones de soles, que incluye tecnología antisísmica, tecnología biomédica vigente, sistemas de comunicación y de manejo de información renovados.

De los 40 PIP de hospitales provinciales declarados viables entre el 2013 a la fecha, nueve están en obra, 22 en expediente técnico y nueve en proceso de transferencia de presupuesto desde el Ministerio de Salud para convocar expediente técnico.

El balance de la inversión en los 170 establecimientos de salud estratégicos proyectados como hospitales provinciales es el siguiente: 21 han concluido obra, siete están por culminar entre agosto 2016 y junio 2017, 120 están en marcha y 22 por iniciar pre-inversión.

Complementariamente, otros 189 establecimientos de salud estratégicos, proyectados como centros de salud, han sido intervenidos en los tres niveles de gobierno en el periodo 2011-2016. El balance es el siguiente: 95 han culminado obra (servicios materno-neonatales a cargo del PARSALUD II), nueve obras están por culminar entre agosto 2016 y junio 2017, 85 están en marcha. En resumen, de los 748 establecimientos de salud estratégicos, se han intervenido en 337 establecimientos de salud en el periodo 2011-2016 (45%).

Si bien este proceso es dinámico un resumen a la fecha²⁵ es el siguiente: en el periodo 2011 - primer semestre 2016 se ha ejecutado 7,038 millones de soles en infraestructura y equipamiento, habiéndose construido y equipado 168 establecimientos de salud entre nuevos, remodelados y culminados. Asimismo, 35 establecimientos de salud están por culminar durante el primer semestre 2016 y 2017; y 265 establecimientos de salud se

²⁵ Junio 15, 2016.

encuentran en marcha, es decir, continuarán el proceso de ejecución en el periodo 2016-2021²⁶. Este conjunto de obras resulta fundamental para el cierre de brechas.

Tabla 5: Estado de avance en la inversión en infraestructura en salud a Junio 2016

Estado	HOSPITAL NACIONAL	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL PROVINCIAL (ESTRATÉGICO)	CS ESTRATÉGICO	CS/PS NO ESTRATÉGICO	TOTAL
CULMINADO	2	6	21	95	44	168
POR CULMINAR	0	4	7	9	15	35
EN MARCHA	9	24	120	85	27	265
TOTAL	11	34	148	189	86	468

Fuente: Oficina de Gestión de Inversiones-OGPPM MINSA

3.2.3. Recursos humanos calificados y asignados con calidad

Mejorar la gestión de sus recursos humanos. Al inicio de la gestión la información sobre el número y composición de recursos humanos del sector era limitada y estaba desintegrada. Aún más parcial y limitada era la información de número y composición por modalidad de contrato, nivel salarial y ubicación del personal en el cargo asignado. De manera paralela al diseño e implementación de la política salarial se identificó como estrategia clave recopilar, sistematizar, validar y generar información vinculada a los sistemas administrativos de los recursos humanos. El año 2014 la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) ha trabajado arduamente para el fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos, se ha elaborado el Compendio Estadístico de Información de Recursos Humanos del Sector Salud 2013 y 2015.

Con base a dicha información una prioridad ha sido cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria concordante con la implementación del plan de inversión.

La política remunerativa y su implementación ha permitido generar incentivos remunerativos y profesionales para atención de establecimientos más alejados y de fronteras.

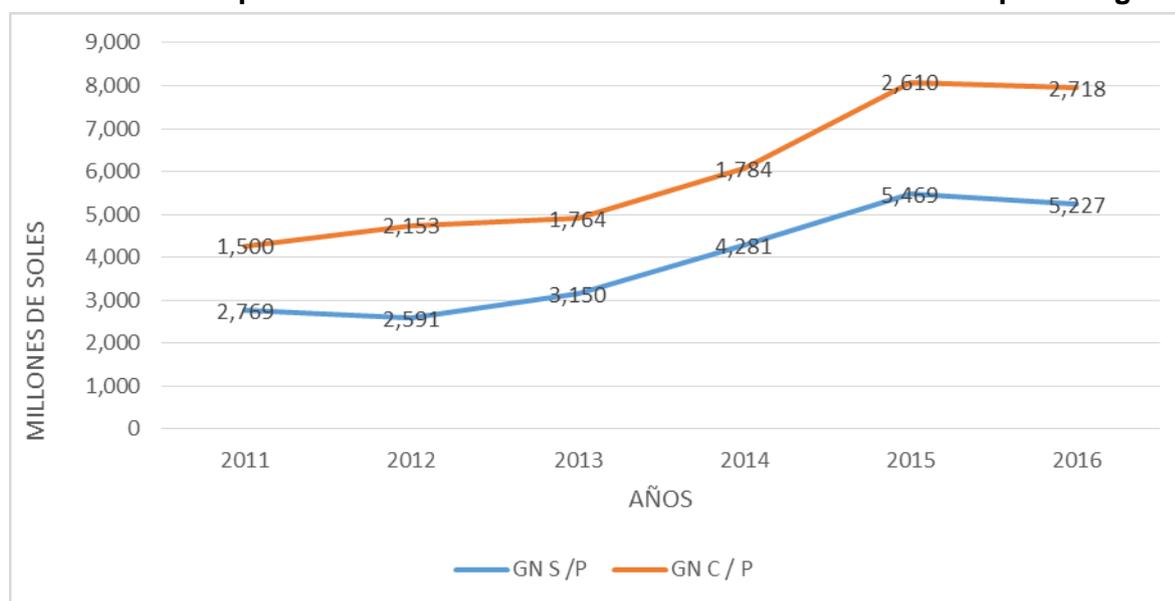
²⁶ Para ver el detalle de los 468 proyectos ftp://ftp2.minsa.gob.pe/comunicados/ogc/hospitales_junio_2016.pdf

3.2.4. Gestión presupuestal

La gestión presupuestal difiere según categoría presupuestal, es decir, agrupadas como presupuesto con programa presupuestal (GN C/P) o presupuesto por resultados y sin programa presupuestal o presupuesto no vinculado a resultados (GN S/P). En los primeros, se definen metas físicas y los segundos financian actividades de rectoría, inversión, entre lo más importante. Si realizamos el análisis del presupuesto en el nivel de Gobierno Nacional por éstas categoría presupuestales entre 2011 al 2016, se evidencia que la proporción entre los mismos se mantiene en el período, aunque los últimos años, la proporción de presupuesto “sin programa” ha aumentado en razón a la implementación de los proyectos de inversión y reforma salarial principalmente, que no forman parte del presupuesto por resultados.

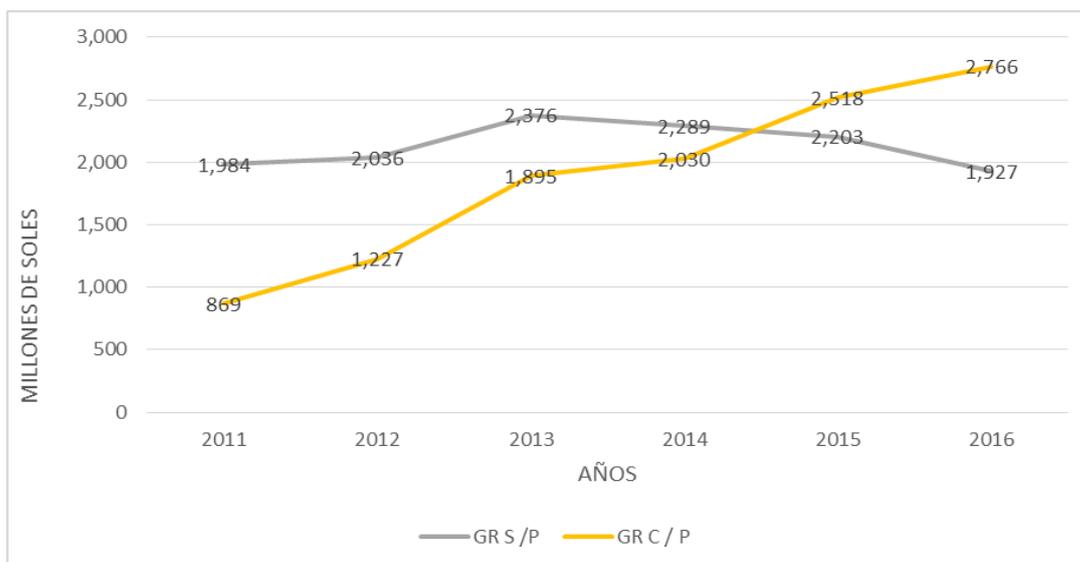
Cabe mencionar que esta clasificación corta todo el presupuesto del sector, en particular, en el caso del Seguro Integral de Salud (SIS) esto añade procesos en las etapas de programación y ejecución que no se realizan de necesariamente, de manera integral.

Gráfico 2: Presupuesto Función Salud – Gobierno Nacional 2011-2016 por categoría



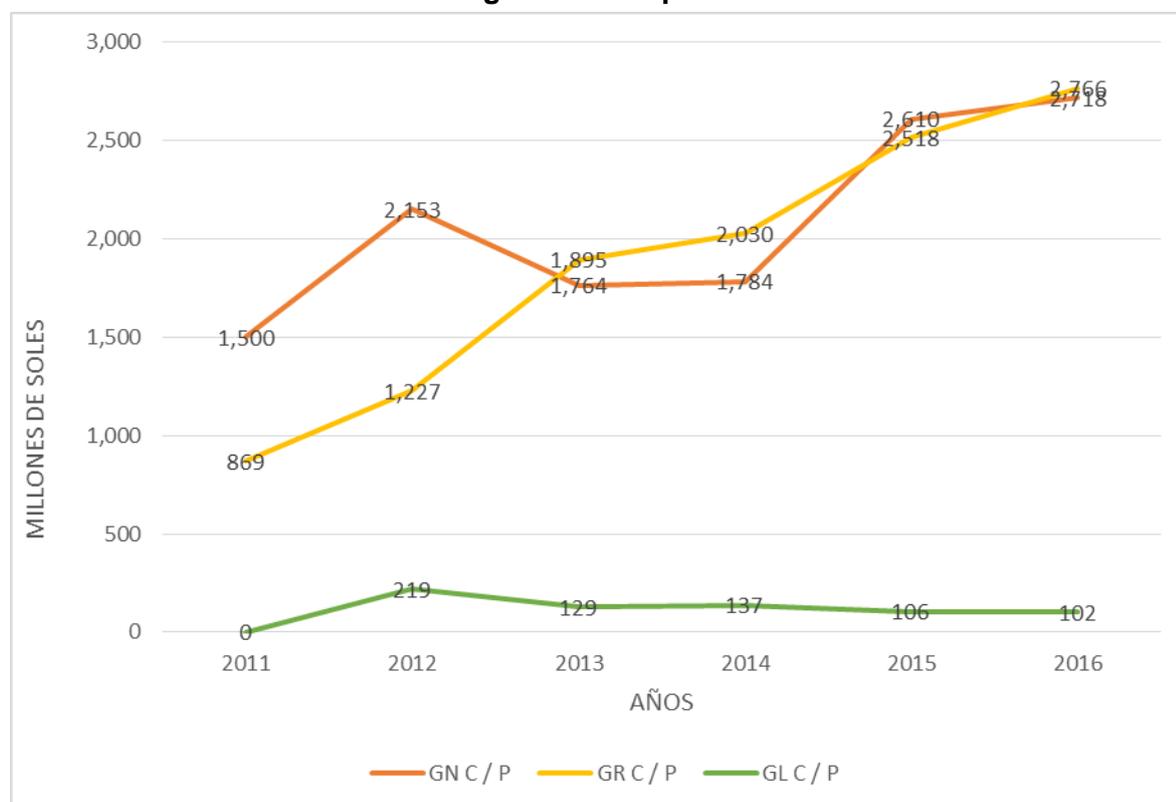
Si realizamos el mismo análisis del presupuesto en el nivel de Gobierno Regional, se evidencia que la proporción entre los mismos se invierte; los dos últimos años el presupuesto por resultados es mayor al presupuesto sin programa. Esto se explica por la importancia que toma el financiamiento a salud a través de ésta modalidad.

Gráfico 3: Presupuesto Función Salud – Gobierno Regional 2011-2016 por categoría.



Finalmente, a modo referencial, se incluye la evolución del presupuesto por resultados incluyendo el nivel de Gobierno Local, cuya evolución no ha tenido mayores cambios, tal como se aprecia en el Gráfico 3.

Gráfico 4: Presupuesto Función Salud por niveles de gobierno 2011-2016 con Programa Presupuestal



Finalmente, el presupuesto de la Función Salud en el nivel de Gobierno Nacional²⁷ que corresponde al Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5: Presupuesto Función Salud: MINSA y entidades adscritas

PIA						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
011: M. DE SALUD	3,673,308,504	4,078,369,856	3,897,900,951	4,571,948,599	3,751,040,994	3,586,631,072
131: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	101,542,387	104,070,000	117,720,810	132,357,234	137,111,500	123,800,000
134: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	14,838,895	16,713,040	17,501,153	25,691,899	51,100,729	45,575,853
135: SEGURO INTEGRAL DE SALUD	569,124,448	585,476,844	924,717,445	1,392,323,301	1,705,312,645	1,657,836,089
136: INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	167,612,572	215,319,960	212,709,605	197,382,331	286,425,589	267,242,378
137: INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD				0	2,390,828,688	2,516,021,047
SALUD	4,526,426,806	4,999,949,700	5,170,549,964	6,319,703,364	8,321,820,145	8,197,106,439

PIM						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
011: M. DE SALUD	3,927,495,017	3,862,993,848	3,928,308,050	4,319,876,033	1,964,280,713	2,555,919,613
131: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	107,341,496	110,921,282	123,799,661	177,589,930	158,646,896	144,241,132
134: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	14,838,895	17,524,965	18,378,347	27,276,558	44,054,300	45,729,497
135: SEGURO INTEGRAL DE SALUD	575,800,826	674,420,454	1,123,110,046	1,400,088,310	1,756,278,819	1,491,612,863
136: INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	164,077,762	214,036,444	289,220,809	323,597,078	378,324,128	333,485,039
137: INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD				624,916,234	3,058,908,957	3,062,509,869
SALUD	4,789,553,996	4,879,896,993	5,482,816,913	6,873,344,143	7,360,493,813	7,633,498,013

Devengado						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
011: M. DE SALUD	3,085,742,837	3,405,949,536	3,675,090,602	3,925,264,884	1,842,515,027	849,388,835
131: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	96,165,808	105,001,696	108,471,218	135,932,970	141,203,472	62,662,112
134: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	13,592,655	14,654,703	16,931,925	26,283,974	41,659,716	23,423,362
135: SEGURO INTEGRAL DE SALUD	563,258,209	603,418,772	1,111,237,938	1,391,983,431	1,747,406,201	1,187,029,378
136: INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	153,291,867	206,464,155	254,863,568	300,858,784	349,101,688	125,438,481
137: INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD				519,124,455	2,907,712,513	1,458,598,847
SALUD	3,912,051,376	4,335,488,862	5,166,595,251	6,299,448,498	7,029,598,617	3,706,541,015

Específicamente, el Pliego Ministerio de Salud tiene un comportamiento ascendente similar en la evolución del presupuesto de salud en su conjunto, tal como se aprecia en la primera línea de la tabla anterior. Tal como se aprecia, el cambio más importante en la estructura de éste presupuesto, se da con la creación de IGSS, razón por la cual, el presupuesto del Pliego 11 M de Salud, que correspondía a 45% del presupuesto total I año 2011, representa al 2016 el 22% dado que el año 2015 se crea el IGSS para hacerse cargo de la función de prestación y por consiguiente, del presupuesto del aparato prestador que antes se financiaba desde el MINSA.

Lo anterior, se puede apreciar con la información desagregada del Pliego 11 MINSA se presenta en la Tabla 6. Nótese que hasta el año 2014, la red de establecimientos públicos de Lima se presupuestaba dentro del Pliego 11 MINSA, específicamente a través de la Administración Central del Ministerio de Salud y la Dirección de Salud II

²⁷ Se excluye el presupuesto del Gobierno Nacional de otros sectores como MIDIS, Educación entre los más importantes.

Lima Sur. Al implementarse la separación de funciones el año 2015, el MINSA traslada la función de prestación de servicios al Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) como un nuevo pliego presupuestal y se queda con la función de Rectoría y Gobernanza principalmente. La lista de las instituciones conformadas por cada pliego también se detalla en la misma tabla.

Tabla 6: Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), Institucional Modificado (PIM) y porcentaje de ejecución 2011-2016 Ministerio de Salud y entidades adscritas

Pliego	2011				2012				2013			
	PIA	PIM	Devengado	% de Ejecución	PIA	PIM	Devengado	% de Ejecución	PIA	PIM	Devengado	% de Ejecución
M. DE SALUD	3,673,308,504	3,927,495,017	3,085,742,837	78.6%	4,078,369,856	3,862,993,848	3,405,949,536	88.2%	3,897,900,951	3,928,308,050	3,675,090,602	93.6%
001-117: ADMINISTRACION CENTRAL - MINSA	1,109,183,154	992,972,534	737,899,253	74.3%	1,727,632,014	632,488,589	516,374,649	81.6%	1,371,574,105	812,039,676	759,738,121	93.6%
005-121: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL	24,095,131	33,053,177	27,188,176	82.3%	28,796,478	41,078,338	33,673,054	82.5%	27,786,968	33,209,525	31,052,461	93.5%
007-123: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	39,262,732	52,673,898	38,521,375	73.1%	32,764,075	50,856,846	47,505,630	93.4%	39,036,630	47,056,439	44,572,434	94.7%
008-124: INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA	32,999,065	43,532,777	33,046,997	75.9%	39,244,515	50,072,653	44,063,303	88.0%	39,885,533	45,258,457	41,942,829	92.7%
009-125: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	78,941,010	42,014,780	26,477,319	63.0%	85,100,668	43,113,932	40,466,686	93.9%	35,243,127	56,225,407	46,140,301	82.1%
010-126: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	127,215,739	159,293,713	147,201,297	92.4%	132,439,688	194,933,863	186,228,749	95.5%	141,076,070	202,497,311	196,402,982	97.0%
011-127: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	80,843,001	108,180,949	106,350,590	98.3%	91,332,450	118,680,367	115,916,722	97.7%	95,324,121	125,649,751	121,633,171	96.8%
015-131: DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE	80,007,511	106,030,328	86,227,797	81.3%	86,384,388	118,853,075	104,038,618	87.5%	91,536,136	115,577,053	107,694,010	93.2%
016-132: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	92,269,689	140,404,624	124,292,958	88.5%	92,520,433	157,359,353	141,769,020	90.1%	169,897,605	159,719,058	145,476,688	91.1%
017-133: HOSPITAL HERMILO VALDIZAN	28,440,586	36,347,131	32,193,611	88.6%	30,817,639	42,618,237	37,265,999	87.4%	30,612,053	39,738,840	37,966,228	95.5%
020-136: HOSPITAL SERGIO BERNALES	51,561,646	74,920,472	64,986,600	86.7%	53,873,372	84,071,464	74,031,242	88.1%	56,911,467	84,953,242	72,797,158	85.7%
021-137: HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	95,402,883	145,577,056	140,567,840	96.6%	102,386,028	189,293,086	178,812,940	94.5%	104,682,841	177,009,490	167,372,513	94.6%
022-138: DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR	31,835,013	48,404,767	25,318,201	52.3%	42,691,203	43,429,272	34,391,418	79.2%	36,374,704	38,871,750	33,683,133	86.7%
025-141: HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA	80,490,717	106,060,991	97,592,231	92.0%	80,192,404	132,468,317	103,379,070	78.0%	90,459,438	134,920,942	120,544,425	89.3%
026-142: DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD	24,351,315	31,171,522	25,607,819	82.2%	27,933,546	37,452,269	33,125,218	88.4%	37,107,440	33,788,542	29,966,610	88.7%
027-143: HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	133,063,131	200,679,195	175,011,689	87.2%	145,243,016	216,430,722	173,830,598	80.3%	147,453,732	221,874,226	181,441,458	81.8%
028-144: HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	138,876,800	160,734,536	138,932,333	86.4%	115,201,589	176,813,829	160,378,136	90.7%	115,183,285	169,894,641	162,682,523	95.8%
029-145: HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	61,856,716	74,592,892	66,146,803	88.7%	61,433,978	88,826,281	80,282,233	90.4%	61,871,472	89,426,986	86,969,759	97.3%
030-146: HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	39,199,623	46,801,789	40,789,456	87.2%	36,784,739	56,668,493	49,441,182	87.2%	40,011,326	58,065,354	54,328,868	93.6%
031-147: HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	31,488,463	35,936,548	33,467,383	93.1%	27,215,279	41,016,129	39,112,546	95.4%	30,657,595	37,613,712	36,144,455	96.1%
032-148: HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA	40,456,536	48,157,350	42,727,418	88.7%	40,858,183	57,765,868	53,934,048	93.4%	44,294,681	57,805,630	54,459,730	94.2%
033-149: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	61,332,689	85,674,457	75,832,283	88.5%	64,495,369	90,626,610	86,938,489	95.9%	69,981,850	97,384,367	95,975,755	98.6%
036-522: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	34,930,472	48,647,099	46,227,500	95.0%	34,838,723	55,485,717	53,300,033	96.1%	40,742,245	56,580,580	53,194,209	94.0%
042-1138: HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"	15,571,787	21,289,553	18,821,094	88.4%	16,318,126	27,229,244	24,427,273	89.7%	18,071,301	25,429,643	23,710,869	93.2%
043-1151: RED. DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO	33,557,712	48,678,319	44,347,781	91.1%	47,092,481	66,473,470	54,149,091	81.5%	45,499,536	67,060,759	63,316,305	94.4%
044-1152: RED. DE SALUD RIMAC - SAN MARTIN DE PORRES - LOS OLIVOS	41,316,476	51,292,233	43,881,851	85.6%	37,502,000	60,144,603	54,260,489	90.2%	54,569,248	57,376,784	56,369,046	98.2%
045-1153: RED. DE SALUD TUPAC AMARU	40,989,030	53,427,311	50,667,386	94.8%	46,388,151	72,107,844	63,583,949	88.2%	60,748,787	73,575,316	69,847,512	94.9%
046-1154: RED. DE SERVICIOS DE SALUD " BARRANCO-CHORRILLOS-SURCO"	27,234,077	32,533,025	30,995,501	95.3%	28,020,125	41,976,250	38,361,377	91.4%	31,888,145	46,610,081	45,459,672	97.5%
047-1155: RED. DE SERVICIOS DE SALUD "SAN JUAN DE MIRAFLORES-VILLA MARIA DEL TRIUNFO"	39,980,476	49,784,000	46,224,194	92.8%	41,927,536	62,164,080	57,222,249	92.1%	44,546,783	58,796,150	57,433,938	97.7%
048-1156: RED. DE SERVICIOS DE SALUD "VILLA EL SALVADOR - LURIN -PACHACAMAC-PUCUSANA"	37,700,609	48,918,356	46,339,070	94.7%	37,471,651	58,413,478	54,210,136	92.8%	42,934,312	58,678,533	55,644,063	94.8%
049-1216: HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	24,059,740	39,540,753	37,031,667	93.7%	28,106,509	52,645,294	44,966,179	85.4%	31,986,770	44,418,587	43,059,351	96.9%
050-1217: HOSPITAL VITARTE	24,869,833	40,866,165	38,910,938	95.2%	26,078,725	47,003,886	41,374,466	88.0%	30,092,003	45,432,164	44,063,047	97.0%
053-1264: RED DE SALUD LIMA CIUDAD	59,650,914	76,411,609	70,709,157	92.5%	63,260,906	89,927,388	80,468,509	89.5%	65,509,134	92,658,825	89,110,891	96.2%
123-1315: PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD - PARSALUD	237,278,535	164,088,888	78,994,902	48.1%	100,513,173	119,862,925	99,204,570	82.8%	108,436,108	117,160,131	104,072,526	88.8%
124-1345: DIRECCION DE ABASTECIMIENTOS DE RECURSOS ESTRATEGICOS DE SALUD - DARES	572,995,693	478,802,220	246,212,363	51.4%	426,510,693	444,642,076	405,261,667	91.1%	445,914,400	335,842,764	332,228,064	98.9%
139-1512: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA									0	10,107,775	8,595,499	85.0%
140-1528: HOSPITAL DE HUAYCAN												
141-1531: RED DE SALUD LIMA NORTE IV												

Pliego	2014				2015				2016 (06.07)			
	PIA	PIM	Devengado	% de Ejecución	PIA	PIM	Devengado	% de Ejecución	PIA	PIM	Devengado	% de Ejecución
M. DE SALUD	4,571,948,599	4,319,876,033	3,925,264,882	90.9%	3,751,040,994	1,964,280,713	1,842,549,276	93.8%	3,586,631,072	2,636,112,639	854,038,554	32.4%
001-117: ADMINISTRACION CENTRAL - MINSA	2,304,347,152	1,248,061,234	1,027,354,236	82.3%	3,182,582,831	1,207,812,631	1,119,016,049	92.6%	3,008,273,621	2,012,627,046	508,207,936	25.3%
005-121: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL	26,658,984	36,511,622	35,147,267	96.3%								
007-123: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	39,131,219	55,405,787	48,197,525	87.0%								
008-124: INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA	35,039,799	44,196,788	40,599,385	91.9%								
009-125: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	39,108,660	48,844,964	44,382,331	90.9%								
010-126: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	137,474,572	207,317,391	193,719,060	93.4%								
011-127: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	95,246,778	148,693,095	135,413,178	91.1%								
015-131: DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE	85,884,430	88,910,528	82,977,468	93.3%								
016-132: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	89,519,497	187,099,117	182,366,109	97.5%								
017-133: HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	31,053,561	48,659,344	45,943,618	94.4%								
020-136: HOSPITAL SERGIO BERNALES	54,065,663	35,621,955	35,422,161	99.4%								
021-137: HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	97,153,999	75,585,817	75,374,521	99.7%								
022-138: DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR	26,180,236	56,397,828	43,618,138	77.3%	0	82,161,404	71,613,841	87.2%	70,239,559	79,183,490	25,334,353	32.0%
025-141: HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA	82,307,637	143,059,530	129,831,450	90.8%								
026-142: DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD	24,104,650	10,365,763	9,055,462	87.4%								
027-143: HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	142,672,565	79,167,398	78,974,177	99.8%								
028-144: HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	106,262,470	69,500,262	69,349,953	99.8%								
029-145: HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	59,676,072	112,963,441	107,863,499	95.5%								
030-146: HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIRO ULLOA	38,896,191	62,896,251	59,291,516	94.3%								
031-147: HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	33,417,475	44,880,450	39,677,478	88.4%								
032-148: HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA	44,053,248	63,843,703	61,671,661	96.6%								
033-149: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	59,283,553	103,686,887	101,253,029	97.7%								
036-522: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	44,329,819	47,508,888	44,090,773	92.8%								
042-1138: HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"	18,121,925	26,395,913	25,306,385	95.9%								
043-1151: RED. DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO	39,748,129	70,253,959	67,952,039	96.7%								
044-1152: RED. DE SALUD RIMAC - SAN MARTIN DE PORRES - LOS OLIVOS	39,012,756	70,552,698	67,472,915	95.6%								
045-1153: RED. DE SALUD TUPAC AMARU	46,890,452	95,382,013	91,120,224	95.5%								
046-1154: RED. DE SERVICIOS DE SALUD " BARRANCO-CHORRILLOS-SURCO"	31,601,893	49,782,648	47,217,684	94.8%								
047-1155: RED. DE SERVICIOS DE SALUD "SAN JUAN DE MIRAFLORES-VILLA MARIA DEL TRIUNFO"	43,645,984	72,353,293	70,092,315	96.9%								
048-1156: RED. DE SERVICIOS DE SALUD "VILLA EL SALVADOR - LURIN -PACHACAMAC-PUCUSANA"	41,230,062	70,623,387	67,236,045	95.2%								
049-1216: HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	30,250,895	50,304,841	46,070,810	91.6%								
050-1217: HOSPITAL VITARTE	27,661,539	80,928,572	75,009,110	92.7%								
053-1264: RED DE SALUD LIMA CIUDAD	65,546,347	110,944,320	109,719,671	98.9%								
123-1315: PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD - PARSALUD	118,319,144	130,186,869	112,473,389	86.4%	131,558,163	107,185,242	97,328,530	90.8%	71,667,892	90,029,568	18,387,171	20.4%
124-1345: DIRECCION DE ABASTECIMIENTOS DE RECURSOS ESTRATEGICOS DE SALUD - DARES	349,346,275	402,958,841	387,068,231	96.1%	436,900,000	567,121,436	554,590,856	97.8%	436,450,000	454,272,535	302,109,094	66.5%
139-1512: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA	24,704,968	27,500,627	26,729,449	97.2%								
140-1528: HOSPITAL DE HUAYCAN	0	17,672,815	16,312,139	92.3%								
141-1531: RED DE SALUD LIMA NORTE IV	0	24,857,194	23,910,481	96.2%								

3.2.5. Acceso a medicamentos

A partir de 2011 con la implementación de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES)²⁸ se desarrolló un conjunto de procesos articulados de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de recursos estratégicos, gestionando de manera eficiente los recursos y el abastecimiento de estos productos a nivel nacional. Con el nuevo ROF, la DARES se convierte en el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (CENARES) otorgándole funciones para una mejor gestión del abastecimiento a nivel nacional, así como para fortalecer sus procesos de compra de productos local e internacional.

Cabe mencionar que entre 2011-2015 se han realizado compras corporativas sectoriales de medicamentos con los gobiernos regionales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, MINSA, Hospital de la Municipalidad de Los Olivos. Así se aseguró el abastecimiento en promedio 400 medicamentos, adjudicando un monto acumulado de aproximadamente 2,154 millones de soles, representando un ahorro de más de 240 millones de soles.

Igualmente, se ha Implementado el Sistema de Información Diaria de medicamentos en línea de la distribución DARES - Almacenes Nacional - Establecimientos de Salud y stock real. Se cuenta con información semanal y alertas de abastecimiento de medicamentos VIH - hospitales de Lima y Callao que brindan tratamiento, con expectativa de ampliación a otras estrategias sanitarias y con consulta web de distribución medicamentos DARES hacia los almacenes en tiempo real²⁹. La DARES quedó finalista en el concurso de Buenas Prácticas de Gestión Pública 2015, en el rubro Gestión de la Información de abastecimiento de los recursos estratégicos en Salud y como CENARES, en enero de 2016 ha obtenido la certificación de ISO 9001:2008 por los procesos de almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios no refrigerados, destinados a las dependencias de salud del ámbito nacional.

No obstante, estas mejoras, es innegable que se requiere seguir trabajando para ampliar el acceso a medicamentos costo efectivos y de calidad, mejorando la calidad regulatoria

²⁸ La DARES es un órgano especializado y desconcentrado con cierta autonomía administrativa y presupuestal, para el suministro oportuno de medicamentos, insumos médicos, material de laboratorio, plaguicidas y otros productos estratégicos, ante la necesidad de superar estos problemas que afectaban la disponibilidad. D.S. N°003-2010-SA; modificación del Reglamento de Organización y Funciones del MINSA.

²⁹ A través del link:

<http://intranet.dares.minsa.gob.pe/DARES/ABASTECIMIENTO/ABASTECIMIENTO/Default.aspx>

de DIGEMID, así como la disponibilidad de medicamentos y materiales en los establecimientos del MINSA y de los Gobiernos Regionales.

3.2.6. Acceso a servicios especializados

Tal como se mencionado se ha iniciado el proceso de inversión en esta gestión de 170 establecimientos proyectados como hospitales provinciales y que tienen un primer orden de prelación para la inversión. “Estos establecimientos pondrán a disposición de las provincias del país una oferta de servicios de salud especializados, evitando que los pobladores se desplacen a la capital de provincia o a Lima para ser atendidos...” (MINSA 2014 d).

El Ministerio de Salud ha tomado el liderazgo de la Política de Inversiones a través de sus mecanismos de coordinación con los gobiernos regionales y con el resto del sector público, para impulsar el proceso de descentralización y fortalecer los servicios de salud en particular para mejorar el acceso a servicios especializados. Desde el año 2011 se viene trabajando intensamente en conjunto en la identificación de necesidades y brechas de inversión así como el contenido de las ideas de inversión y dimensionamiento de las obras y equipamiento en los perfiles de los Proyectos de Inversión Pública (PIP) insertos en un territorio dado. La institucionalización de procesos ágiles y estándares está en implementación, pero el DL 1157 ha permitido superar las restricciones que “impedía un mejor uso de los recursos disponibles y mayor velocidad en el cierre de brechas de equipamiento e infraestructura” a través de la aprobación de la planificación multianual e intergubernamental, la agilización de la inversión y la creación del Programa Nacional de Inversión en Salud (Decreto Supremo N° 035-2014-SA).

3.2.7. Rectoría del sector salud

El fortalecimiento de la rectoría principalmente en tres ejes: la extensión del aseguramiento en salud, inversiones a mediano plazo y fortalecimiento de la salud pública.³⁰ La Rectoría contribuye a conducir al sistema hacia una mayor cobertura de aseguramiento, fortalecer el seguro público en salud para grupos de población que estén desprotegidos y como elemento clave... “para desarrollar el capital humano de la nación,

³⁰ Adicionalmente, las tres estrategias se influyen mutuamente; los planes de beneficios y población a la que atiende el sistema de seguros influirán en el tipo y dimensión de la inversión, de igual forma, una rectoría informada y fortalecida guiará un proceso de inversiones efectivos en un contexto de modernización del Estado, descentralizado y con crecimiento económico.

extendiendo la profundidad de los beneficios y prestaciones en salud”³¹ . Se busca alcanzar la universalidad en la protección y una mejora sustancial en el acceso y la calidad de los servicios, *reordenando el sistema prestador y articulándolo en redes funcionales*, y orientándolo hacia la *atención primaria de la salud*, poniendo énfasis en mejorar sus niveles de resolutivez. Alineando las inversiones a cumplir ese objetivo. Hay que resaltar que las acciones emprendidas por la reforma hacia la protección universal, ha ayudado a revelar demanda no efectiva y ha logrado que la falta de recursos pase a un nivel menor entre las causales de falta de acceso; siendo todavía limitantes el acceso físico y la calidad en la atención.³²

El fortalecimiento de la rectoría requiere adaptar la organización a los nuevos roles institucionales para mejorar el desempeño de la rectoría sectorial, por ello en esta gestión se normado el nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y se considera clave potenciar las áreas de planeamiento y formulación de políticas, monitoreo , evaluación y análisis de información.

3.3. *Objetivos, metas establecidas en la gestión*

Objetivo Estratégico 1: Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza.

Objetivos específicos:

1. Haber tomado medidas orientadas a la reducción de la Tasa de 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 reducido la incidencia de las enfermedades diarreicas (EDAS) entre niños y niñas tanto en el área urbana como en la rural a la mitad, habiendo dado mayor énfasis a los departamentos selváticos.
5. Haber extendido la cobertura de vacunaciones.

Estrategias para reducir la desnutrición crónica en niños

1. Mejorar las prácticas de alimentación y de cuidado de los niños/as menores de 5 años.

³¹ CNS 2013

³² Calidad en la atención involucra calidad tecnológica, oportunidad, y respeto a los derechos de privacidad, confort y calidez en el contacto con los profesionales de la salud (OPS). Sin duda, esto demanda la disponibilidad de infraestructura.

2. Promover el consumo del Alimento Complementario Nutricional para todos los niños/as de 6 meses a menores de 2 años y de las mujeres embarazadas desnutridas y el consumo de micronutrientes.
3. Incorporar en el modelo de salud familiar y comunitaria, basado en la promoción de la salud, mediante la intersectorialidad, movilización y participación comunitaria e interculturalidad, aspectos claves relacionados con la Meta Cero Desnutrición.
4. Mejorar la calidad de la atención de la desnutrición y de las enfermedades prevalentes de los niños/as menores de 5 años.
5. Incorporar en el currículo escolar las buenas prácticas alimentarias y nutricionales y apoyar la capacitación de docentes en nutrición.
6. Vacunación contra la infección por neumococo y Haemophilus influenza de tipo B.
7. Mejorar el manejo de los casos de neumonía en los centros de salud y los hospitales especialmente a través de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).
8. Promover vigorosamente la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida
9. Mejorar la educación de las madres en relación a su nutrición y la de sus hijos y cumplir con el control del crecimiento y desarrollo.
10. Ejercer abogacía para la mejora de los determinantes sociales, tales como el acceso al agua para el consumo humano

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	20	2009	INEI-ENDES	16	16	2012-2014	INEI-ENDES
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	19.5%	2011	INEI-ENDES	13.00%	14.4%	2015	INEI-ENDES
Proporción de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 36 meses	17.80%	2011	INEI-ENDES	13.30%	16.30%	2015	INEI-ENDES
Proporción de Enfermedades Diarreicas (EDAS) en menores de 36 meses	17.60%	2011	INEI-ENDES	14.00%	15.50%	2015	INEI-ENDES

Objetivo Estratégico 2: Reducir la mortalidad materno neonatal con énfasis en la población más vulnerable

Objetivos específicos:

1. Haber aumentado la cobertura de partos institucionales en gestantes de las 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 la 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 adolescentes.
5. Haber tomado todas las medidas orientadas a la reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.

Estrategias para reducir la mortalidad materna

1. Comprometer la participación multisectorial del sector público, sector privado, programas sociales, Foro del Acuerdo Nacional, la MCLCP, entre otros actores.
2. Comprometer la participación de la cooperación técnica internacional.
3. Garantizar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de partos, complicaciones y emergencias.
4. Dotar a los servicios de salud de personal capacitado para la atención obstétrica y neonatal.
5. Asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos requeridos para atender a la madre y al recién nacido.
6. Mejorar los procedimientos y procesos de atención y gestión del parto y atención del neonato.
7. Mejorar la infraestructura y equipamiento para la atención institucional del parto.
8. Atención diferenciada en salud sexual y reproductiva de la población adolescente.
9. Garantizar la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos, medicamentos e insumos para la atención de planificación familiar.
10. Asegurar la dotación de sangre segura según nivel de complejidad.
11. Fortalecer la operatividad de las redes obstétricas y neonatales, mejorando el sistema de transporte entre los establecimientos, de acuerdo a las necesidades y realidad local.
12. Aumentar el número de casas de espera, en establecimientos FONB contribuyendo a mejorar el acceso a la atención institucional y profesional del parto.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos) (DGE)	92	2010	OMS	66	68	2015	OMS
Tasa de mortalidad de neonatal (x1000 nacidos vivos). Estimado respecto a 10 años previos a la encuesta.	16	2011	INEI-ENDES	nd*	12	2015	INEI-ENDES
Cobertura de partos institucionales en gestantes procedentes de las zonas rurales	64%	2011	INEI-ENDES	77%	74.6%	2015	INEI-ENDES
Cobertura de cesáreas en gestantes procedentes de zonas rurales	8.2%	2011	INEI-ENDES	12%	13%	2015	INEI-ENDES
Proporción de gestantes con por lo menos un control prenatal en el I Trimestre de gestación	74.9%	2011	INEI-ENDES	76%	80.2%	2015	INEI-ENDES
Proporción de Recién Nacidos Vivos con edad gestacional menor de 37 semanas	16.2%	2011	INEI-ENDES	19%	19%	2015	INEI-ENDES
Proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar	6.1%	2011	INEI-ENDES	7%	7%	2015	INEI-ENDES
Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos	52.6%	2011	Evaluación	70%	60%	2015	ENESA
Proporción de establecimientos calificados como FONE I en establecimientos estratégicos	70.8%	2011	Evaluación	80%	70.9%	2015	ENESA
Proporción de establecimientos calificados como FONE II en establecimientos estratégicos	70.8%	2011	Evaluación	80%	70.9%	2015	ENESA
Proporción de establecimientos calificados como FONI en establecimientos estratégicos	74.6%	2011	Evaluación	80%	74.7%	2015	ENESA

(*) No definido

Objetivo Estratégico 3: Disminuir y controlar las enfermedades no trasmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza

Objetivos Específicos

1. 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.

2. 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.
3. Modernizar las instalaciones y las tecnologías clínico-hospitalarias y preparar los servicios para atender a los pacientes en el primer y segundo nivel de atención con énfasis en el tratamiento materno-infantil y tratamiento precoz de crónicas y degenerativas

Estrategias de detección temprana de Crónicas y Degenerativas

1. A cada paciente con signos de sobre peso se le debe registrar su peso, presión arterial, diámetro abdominal; en laboratorio prueba de glicemia, perfil lipídico, insulina basal, micro albuminuria.
2. El primer nivel de atención en salud debe atender el manejo integral de pacientes con síndrome metabólico, haciendo énfasis en la modificación del estilo de vida como base.
3. Fortalecer las intervenciones relacionadas a la detección temprana y tratamiento oportuno para el control del Cáncer.
4. Fomentar estilos de vida saludable como medidas de promoción y prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016 (*)	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Total de personas, por etapas de vida tamizadas para factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (HTA y DM)	167,054	2012	HIS	10% adicional a 2015	713,964	2015	HIS
Porcentaje de población mayor de 18 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad	2,041	2012	HIS	10% adicional a 2015	63,882	2015	HIS
Porcentaje de población mayor de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad	11,746	2012	HIS	10% adicional a 2015	47,744	2015	HIS
Despistaje de cáncer de cuello uterino: Papanicolaou (PAP) (25 - 64 años)	411,204	2012	HIS	25% de 25 - 64 años asignadas MINSA	799,063	2015	HIS

Despistaje de cáncer de cuello uterino: Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) (30 - 49 años)	19,528	2012	HIS	25% de 30 - 49 años asignadas MINSA	124,265	2015	HIS
Despistaje de cáncer de mama: Mamografía (50 - 64 años)	677	2012	HIS	15% de 50 - 64 años asignadas MINSA	5,276	2015	HIS
Implementación de los primeros servicios de salud mental bajo el modelo comunitario	0	2011	DGIESP	40	23	2015	DGIESP
Ampliación de la cobertura de atención en salud mental: detección de problemas y trastornos de salud mental: Tamizajes	1'175,861	2011	HIS	Nd	7'023,785	2015	HIS
Incremento de las atenciones a las personas con discapacidad	155,494	2011	HIS	nd	266,497	2015	HIS

(*) Valor estimado. Nd= No definido.

Estrategias de promoción de Vida Saludable

1. Estimular la creación de programas y difusión de programas de prevención de adicciones, la detección oportuna de cáncer de mama y de cérvico-uterino, próstata, de salud visual, de vacunación, mediante los cuales se fomenten estilos de vida saludables.
2. Fortalecer y promover los hábitos deportivos y de cuidado de salud.
3. Promover en la población una cultura y sistema de valores que se integren a la calidad de vida, considerando su salud física, estado psicológico nivel de dependencia, relaciones sociales y elementos esenciales del entorno.
4. Impulsar programas educativos, talleres, foros, campañas y eventos culturales que optimicen valores que favorezcan la calidad de vida.
5. Establecer acuerdos con instituciones, organizaciones sociales e instancias competentes para desarrollar acciones que atiendan la salud física y mental en todos sus niveles.
6. Generar proyectos y programas de acción orientadas a la familia y a la población en general.
7. Especial atención en las comidas escolares, los quioscos y dispensadores que funcionan en los colegios para que brinde alimentos inocuos y de alto valor nutricional para prevenir problemas nutricionales.
8. Fortalecer los factores protectores, con el propósito de efectuar una campaña permanente de información, orientación y documentación para la prevención del uso y abuso de drogas.

9. Recopilación de estadísticas sobre adicciones en la comunidad que permitan establecer diagnósticos y línea de acción estratégicas, así como desarrollar herramienta y mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones realizadas en las prevención de adicciones, a fin de medir el impacto en los indicadores de salud.
10. Desarrollar, articular e impulsar las acciones para la disminución del consumo del tabaco y productos derivados, fortaleciendo el cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
11. Constituir espacios articulados interinstitucionales que promueven la actividad física como práctica saludable para evitar las enfermedades no transmisibles

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Porcentaje de población que practica actividad física	12%	2009	INEI-ENDES	20%	(*)		INEI-ENDES
Prevalencia anual de consumo de alcohol	63%	2007	Encuesta DEVIDA	15.00%	21.5%**	2015	INEI-ENDES
Prevalencia anual de consumo de tabaco	34.7%	2007	Encuesta DEVIDA	8.00%	20%	2014	Encuesta DEVIDA

(*) No disponible en Encuesta DEVIDA a la fecha. (**) Medido como Porcentaje de personas de 15 a más años de edad que tuvieron eventos de consumo excesivo de alcohol los últimos 30 días.

Objetivo Estratégico 4: Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza

Objetivos Específicos

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

Estrategias contra la TBC

1. Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional;

2. Re examinar la estrategia de lucha contra la TBC para hacerla más efectiva en términos de resultados e impacto en menor tiempo al esperado.
3. Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR- XDR, brindar a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad.
4. Vigilar permanente para la identificación de nuevas poblaciones y la expansión de las ya identificadas: Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables.
5. Garantizar recursos humanos en los servicios y programas sociales comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos para el control de infecciones.
6. Asegurar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles; Garantizar la disponibilidad en todos los puntos de dispensación de medicamentos.
7. Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú; promover en la sociedad una cultura de autocuidado en salud respiratoria y promover y respetar la autonomía de las personas afectadas de TB.
8. Garantizar la ejecución del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019.

Estrategias contra el VIH-SIDA y ITS

1. Promover un entorno político, social y legal favorable al abordaje integral del VIH-SIDA
2. Reducir la incidencia de VIH y la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL.
3. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general
4. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
5. Reducir la transmisión vertical a menos del 2%
6. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos
7. Fortalecimiento del sistema de salud en su capacidad de respuesta integral a las ITS y el VIH/SIDA
8. Fortalecimiento del sistema de información que asegure la difusión oportuna de la información y su utilización en las políticas públicas y acciones de prevención y control
9. Dar prioridad a las intervenciones preventivas y detección temprana
10. Lograr que el 90% de personas infectadas tengan acceso a tratamiento integral

11. Formular el Plan Estratégico Multisectorial de Lucha contra el VIH-SIDA y ITS 2013-2020
12. Fortalecer el sistema de información, monitoreo y evaluación para una toma de decisiones informada y medición de logros
13. Asegurar la disponibilidad de medicamentos retrovirales
14. Asegurar el financiamiento para la ejecución de las estrategias.

Estrategia contra la Malaria y el Dengue

1. Redoblar los esfuerzos para prevenir la malaria y el dengue, y llevar a cabo la vigilancia y la detección y contención tempranas de las epidemias.
2. Promover, fortalecer y optimizar los mecanismos y herramientas para realizar el control de vectores de manera sensata y costo-eficaz.
3. Mejorar el sistema de diagnóstico y tratamiento de la malaria y el dengue.
4. Fomentar un entorno que promueva el apoyo a las acciones contra estas enfermedades.
5. Optimizar las iniciativas destinadas a fortalecer los sistemas regionales y locales de salud y dotar de capacidad para afrontar de forma pertinente y adecuada los problemas en materia de malaria y dengue.
6. Debe optimizarse el empleo de algunos recursos de prevención, vigilancia y control fácilmente disponibles (por ejemplo, mosquiteros tratados con insecticida;
7. Comunicación para el Cambio de Comportamiento de las familias en zonas endémicas y en las zonas exentas de transmisión de estas enfermedades.
8. Colaboraciones entre programas.
9. Acciones colectivas y coordinadas de diversos sectores.
10. Mantenerse atenta, competente y activa en su abordaje de la malaria y el dengue.
11. Evitar la reaparición de la transmisión donde la transmisión ya haya sido interrumpida y en las zonas exentas de transmisión.
12. Reducir en un 50% la mortalidad y morbilidad debidas a la malaria y el dengue para 2016 y en un 25% adicional para 2020.
13. Hacer lo posible por eliminar la transmisión de la malaria y el dengue en las localidades endémicas

Estrategia contra la Hepatitis B

1. Vigorosa intervención de programa de protección de la niñez y adolescencia con vacunación contra la hepatitis.
2. Detección mediante examen de sangre y tratamiento de personas infectadas de Hepatitis

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo (por cien mil habitantes)	97,4%	2011	ESNTB	88%	87,1%	2015	ESNTB
Porcentaje de sobrevida de pacientes con VIH con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)	92%	2011	ESNVIH y SIGA	95%	95%	2015	ESNVIH y SIGA
Incidencia acumulada de Malaria	14,350 casos notificados de Plasmodium vivax 1,586 casos notificados de Plasmodium Falciparum	2011	OGE	Reducir 50%	21,447 casos notificados de Plasmodium vivax 4,591 casos notificados de Plasmodium Falciparum	2015	CDC
Incidencia acumulada de Dengue	11,694 casos confirmados	2011	OGE	Reducir 50%	25,422 casos confirmados	2015	CDC
Cobertura de vacunación contra Hepatitis B	17,264 (0.5%) adolescentes (12-17 años) con 3ra dosis de Vacuna contra la Hep B. Menores de 1 año: 76.02%	2011	OGEI	50% de cobertura en adolescentes 95% en menores de 1 año	28,700 (1%) adolescentes (12-17 años) con 3ra dosis de Vacuna contra la Hep B. Menores de 1 año: 79%	2015	OGTI

Objetivo Estratégico 5: Reducir los riesgos de desastres en salud, originados por factores externos.

Objetivos Específicos

1. Haber reducido el riesgo de la vulnerabilidad de la población y sus medios de vida ante peligros de origen natural.
2. Haber desarrollado el Plan de Riesgo y 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.
3. Haber implementado a nivel nacional el programa presupuestal 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).

4. Población con prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales.

Estrategias

1. Conformación de Comisiones de Gestión del Riesgo de Desastres de Salud.
2. Financiamiento y/o reordenamiento de la asignación de recursos para gestión de riesgo de desastres
3. Aplicación de análisis de desastres a instrumentos (Planes de Contingencia, Planes de respuesta y Planes de intervención sanitaria).
4. Realización de obras de prevención y mitigación de desastres en los establecimientos de salud.
5. Evaluar los establecimientos mediante el índice de Seguridad Hospitalario y el Formulario para establecimiento de baja complejidad y reforzar los servicios esenciales.
6. Desarrollar la planificación bajo el enfoque de la gestión del riesgo de desastres.
7. Desarrollar capacitaciones para la reducción de riesgo e implementar los procesos de la gestión del riesgo de desastres.
8. Elaborar los mapas de riesgo frente a desastres en salud.
9. Implementar el sistema de alerta temprana y desarrollar capacidades para la gestión del riesgo de desastres.
10. Lograr capacidades para la recuperación de las condiciones básicas de subsistencia.
11. Implementar la expansión asistencia y de la oferta complementaria para atender las emergencias.
12. Conformar y movilizar las brigadas de salud y brigadas comunales.
13. Implementar los Centros de Operaciones de Emergencia permanentes.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Porcentaje de establecimientos de Salud Seguros frente a desastres	0.61%	2011	Oficinas de Defensa Nacional	35.8%	1.8%	2015	DIGERD
Porcentaje de personas que implementan prácticas seguras en salud frente a ocurrencia de peligros naturales	0.68%	2011	Oficinas de Defensa Nacional	22.26%	22.94%	2015	DIGERD

Objetivo Estratégico 6: Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los procesos de gestión

Objetivos específicos

1. Haber fortalecido a la Autoridad Sanitaria que ejercen el Ministerio de Salud a nivel nacional, la de los gobiernos regionales y la de los gobiernos locales como órganos de gobierno y rectores en su jurisdicción en materia de salud conforme a las competencias que les otorga la Ley.
2. Fortalecer al SIS, EsSalud y las Sanidades 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.
3. 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.
4. 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.
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. 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.
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
8. Contar con una infraestructura sanitaria más equitativa y que responde a las necesidades presentes y futuras de la población en el territorio nacional
9. Conformar una comisión técnica tripartita especializada en materia de infraestructura y equipos para salud que actualiza el Plan de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de manera permanente de acuerdo a las innovaciones tecnológicas que surgen en este campo.
10. Se ha fortalecido la capacidad de negociación del sector con estudios que sustentan los requerimientos del sector.

11. Se ha conseguido mejorar la ejecución y la calidad del gasto basado en resultados sanitarios y de gestión
12. Se ha logrado reducir las brechas de infraestructura, equipamiento y recursos humanos del sector.

Estrategias de fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

1. Reestructurar el Ministerio de Salud a fin de especializarlo como órgano de gobierno y rector sectorial de nivel nacional.
2. Reordenar los Organismos Público Descentralizados del Sector a fin de ordenar mejor la función de apoyo a la gestión del Ministerio
3. Establecer la política de gestión de personal a fin de formar un cuerpo profesionalizado de élite en la gestión sectorial capaz de conducir al sector a los niveles que corresponden a un país del primer mundo
4. Mejorar las competencias y la calidad en los campos fundamentales de gobierno en la salud: i) la información en salud, inteligencia sanitaria, información en gestión de servicios de salud; ii) planeamiento estratégico, seguimiento y evaluación basado en resultados; iii) regulación sanitaria, regulación de servicios, regulación previsional en salud, iv) asignación y uso de recursos; y, v) fiscalización.

Estrategias para el ordenamiento de la inversión en infraestructura y equipamiento:

1. Invertir con preferencia en el primer nivel de atención y en las zonas de mayor pobreza con carencia de servicios.
2. Asegurar que los establecimientos de salud que se construyan en el primer nivel de atención se encuentren a una distancia razonable que puedan referir pacientes que requieran una atención más especializada en un establecimiento de segundo o tercer nivel en la proximidad.
3. Asegurar que la infraestructura del primer nivel y del segundo nivel cuente con diseño, estructura y equipamiento estandarizado y ser apropiada para el tipo de geografía y entorno en el que se ubique, sin que ello afecte la calidad.
4. Conforme al Plan Coordinado de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento, la infraestructura de los distintos sistemas debe complementarse y no duplicarse.
5. La referencia y contra-referencia de un establecimiento a otro debe operar en función a la red y no en función al sistema al que pertenecen.

Estrategias para sustentar el incremento de los recursos financieros para el sector:

1. Establecer los lineamientos generales para la realización de estudios actuariales del régimen de aseguramiento en el marco del AUS (Aseguramiento Universal en Salud).
2. Realizar los estudios de costos de intervenciones preventivas de cobertura general (por programas) y estudio de costos para cubriré la oferta de intervenciones del PEAS a toda la población.

Estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad del gasto en salud Establecer los lineamientos generales para la realización de estudios actuariales del régimen de aseguramiento en el marco del AUS (Aseguramiento Universal en Salud).

1. Implementar metodologías e instrumentos para realizar un adecuado seguimiento y evaluación de la ejecución presupuestal basado en resultados de impacto sanitario.
2. Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud que desempeña labor administrativa y asistencial en los procesos de programación y adquisición de bienes y servicios.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
N° de propuestas de proyectos de ley sobre Presupuesto y Reforma elaborados por la Autoridad Sanitaria 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, etc.	Situación actual con debilidades diagnosticadas			MINSA y Organismos Públicos Reorientados Aprobación de la actualización de la Ley de Organización y Funciones	25 DL y Ley de Salud Escolar; Ley de Autoridad sanitaria	2016	MINSA
N° de estudios orientados a incrementar los recursos para el sector	0	2011	MINSA	1 estudio por sub-sistema de financiamiento	Repositorio de estudios BID-BM PARSALUD		
Porcentaje de ejecución presupuestal con calidad de gasto en el sector salud	81.7%	2011	OGPP	100%	95.5%	2015	OGPPM

4. Resultados obtenidos al final de la gestión

1. **Ampliación de la cobertura de aseguramiento de salud:** que tiene como objetivo el incremento de la cobertura poblacional al aseguramiento, ampliando la protección financiera de los hogares frente a gastos catastróficos de salud y tendiendo a la gratuidad en el punto de entrega del servicio.

En lo que respecta a la cobertura de aseguramiento, el incremento entre 2011 y 2015 es de 64.5% a 73% según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) y a 80% según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) con base en los datos oficiales de afiliación reportados por las IAFAS³³. El proceso de incremento en la cobertura de aseguramiento sin embargo, se inicia la década pasada, según ENAHO, la cobertura del aseguramiento era 37% el 2004 (15% SIS; 17% EsSalud y 5% Otros) y actualmente es 73% (46% SIS; 22% EsSalud y 5% Otros). El mayor impulso al aseguramiento se ha venido dando a través del SIS, que explica el 46% de la población asegurada incluyendo población en condiciones de pobreza, población vulnerable niños y gestantes, así como los alumnos de primaria del ámbito de Qali Warma y los independientes que son contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado de la SUNAT. Para cumplir con estos mandatos el SIS ahora se encuentra facultado a comprar servicios para sus asegurados a otros prestadores públicos y privados (contribuyendo a reducir la fragmentación del sistema de salud) pagando los costos totales a privados y complementando el costo variable en los prestadores públicos. La inclusión del mecanismo de pago per cápita con las regiones le ha permitido asentarse como la principal fuente de financiamiento después de los Recursos Ordinarios en el primer nivel de atención.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	64.5%	2011	ENAHO	No definida	80%	2015	SUSALUD
Porcentaje de población pobre ¹ / con seguro de salud	nd	2011	ENAHO	No definida	75.3%	2015	ENAHO

³³ Esta diferencia es sistemática y puede ser atribuida en parte, al desconocimiento de los asegurados de su condición de tal.

Porcentaje de población vulnerable 2/ con seguro de salud	0%	2011	ENAH0	No definida	65.9%	2015	ENAH0
Porcentaje de niños menores de 5 años con algún seguro de salud	0.02%	2011	SUSALUD/INEI	No definida	87.0%	2015	SUSALUD/INEI

1/. Pobres: gasto per cápita (pc) del hogar está por debajo de la línea de pobreza (INEI)

2/. Vulnerable: gasto pc del hogar está por encima de la línea de pobreza pero por debajo de 2 veces la línea de pobreza

2. Mejora de la atención de salud: que plantea como objetivo general la ampliación de la cobertura prestacional, garantizándose un acceso equitativo a los cuidados esenciales de la salud. Desde un punto de vista cualitativo, ello requiere un cambio estructural de la oferta hacia la Atención Primaria de la Salud (APS) y desde el punto de vista cuantitativo, el cierre progresivo de un pronunciado déficit de oferta.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	46.4	2014	ENAH0	No definida	49.1%	2014	ENAH0*
“No tengo dinero” “No tengo seguro” como motivo de no asistencia a servicios de salud	13%	2011	ENAH0	No definida	9%	2015	ENAH0
Densidad de recursos humanos en salud por 10,000 habitantes	26.1	2012	DGRH	No definida	29.4	2015	DGDRH

(*) Informe Técnico “Condiciones de Vida en el Perú” INEI, pag. 6.

3. Promoción y protección de los derechos en salud: que implica fortalecer los mecanismos para dicha promoción y protección de derechos, para prevenir las fallas en la prestación de servicios y para restituir el derecho cuando éste haya sido vulnerado.

INDICADOR	Línea de base			Meta 2016	Valor actual		
	Dato	Año	Fuente		Dato	Año	Fuente
Porcentaje de medicamentos esenciales disponibles en los establecimientos	83%	2011	SISMED/DIGEMID	87%	86%	2016*	SISMED/DIGEMID
Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	66%	2014	ENSUSALUD	No definida	74%	2014	ENAH0
Tiempo de espera en consulta ambulatoria	114	2014	ENSUSALUD	No definida	148 min	2015	ENSUSALUD

(*) a Mayo 2016

4. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema salud: que busca la modernización del MINSA como autoridad sanitaria nacional, de forma de incrementar su capacidad de conducción del sistema de salud, de protección de la salud pública, de regulación de los ámbitos y mercados pertinentes y de la coordinación inter sectorial, intergubernamental y con actores institucionales clave. Los mecanismos de gobernanza en funcionamiento a través de la gestión de la Oficina General de Articulación y Coordinación (OGAC) son:

En el nivel político: Mecanismo de diálogo y acuerdos de política MINSA-Gobiernos Regionales y Locales, de manera directa y a través de la Asamblea de Gobiernos Regionales (ANGR) con frecuencia cuatrimestral.

En el nivel ejecutivo: Espacio de decisiones para la implementación de políticas de salud – CIGS. Trimestral.

En el nivel de gestión: Mecanismo de solución de problemas de gestión sub-nacional o nacional – Bilaterales.

En el nivel de articulación en inversiones en salud – CRIIS: Mecanismo de decisiones para las inversiones en salud.

Finalmente, esta gestión deja un legado intangible en el repositorio de estudios realizados, que permite la acumulación de evidencias para definir y hacer mejor seguimiento a las políticas implementadas en general, como perseverar en la agenda en salud que recoge los aspectos concertados con la sociedad civil, sistematizados y medios para dar continuidad en el proceso de reforma sectorial³⁴ que es un esfuerzo de Estado que trasciende los gobiernos.

³⁴ Perspectivas al 2021 para avanzar en la implementación del consenso alcanzado en el Acuerdo Nacional. MINSA 2016

5. Asuntos urgentes de prioritaria atención

En relación al presupuesto

A medio año se gestiona de manera regular la llamada demanda adicional al presupuesto público asignado en el año 2016. Este año en particular, el Ministerio de Salud, ha afrontado requerimientos presupuestales no programados relacionados a la temporada de friaje (que ha superado la previsión realizada), el control, atención y tratamiento por SIKA y las demandas derivadas por las limitaciones relacionadas al art. 37 de la Ley de Presupuesto, que impiden el uso de fondos SIS para el financiamiento de contratos CAS en regiones.

Tabla 6: Demanda adicional 2016

Rubro	2016
SIS (*)	572
Fondo de respuesta ante riesgos y emergencias sanitarias	150
Total:	722

(*) Información que se consigna en la Memoria Sectorial

Para el 2017 se programó un total de S/ 2, 865, 021, 933 para el Pliego 11 MINSa, el cual fue presentado en un principio como la necesidad de presupuesto para el pliego 11 MINSa. Para el año 2017 el Pliego MINSa requiere una demanda adicional de S/ 2, 851 millones para cumplir con los objetivos institucionales programados. En el siguiente cuadro se presenta en resumen la demanda adicional, según lo coordinado con las distintas ejecutoras del pliego:

Como se puede observar en el cuadro los mayores recursos solicitados están relacionados al financiamiento del SIS, la continuidad de las inversiones. De conformidad con la Ley de Presupuesto N° 30372 del Sector Público para el Año Fiscal 2016, en su artículo 37° que autoriza las Transferencias de recursos para las prestaciones de salud brindadas a los asegurados al SIS en el presente año fiscal.

Tabla 8: Demanda adicional 2017

Brecha Adicional 2017 del Pliego 11 MINSA	2,675.84
2.1 Personal y Obligaciones Sociales	383.89
Implementación del Reglamento del DL N° 1153 - CTS, entrega económica por cumplir 25 y 30 años de servicios, entrega económica por sepelio.	14.37
PEA comprendida en el DL N° 1153, que no percibe las bonificaciones correspondientes al puesto que ocupa.	69.29
Incremento de plazas para SERUMS	48.31
Incremento de plazas para el Residentado Médico	27.46
Pago por concepto de Guardia	5.87
Incremento de plazas para el Residentado de Profesionales de la salud	6.93
Incremento de plazas para el internado en ciencias de la salud	5.00
Bonificación por puesto en Servicios de Salud Pública	45.90
Incremento de entrega Económica Priorizada por atención Primaria de la Salud y Atención especializada	119.46
Autoridad nacional del Servicio Civil - SERVIR	41.30
2.2 Pensiones y Otras Prestaciones Sociales	2.64
2.3 Bienes y Servicios	1,086.69
INSUMOS ESTRATÉGICOS - CENARES	527.39
PP Articulado Nutricional	116.54
Niños con vacuna completa	64.97
Niño con suplemento de Hierro y Vitamina A	51.57
PP Salud Materno Neonatal	65.05
Atención Prenatal Reenfocada	36.37
Población accede a métodos de planificación familiar	26.92
Atención del Puerperio	0.76
Población accede a servicios de consejería en Salud Sexual Reproductiva	1.01

PP TBC-VIH/SIDA		164.64
complicaciones Resistente oportuno	Sintomáticos Respiratorios con despistaje de Tuberculosis	1.04
	Personas en contacto de casos de Tuberculosis con Control y Tratamiento preventivo	0.35
	Adulto y Jóvenes reciben consejería y tamizaje para Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	26.72
	Persona que Accede al Establecimiento de Salud y recibe tratamiento oportuno para Tuberculosis y sus	20.20
	Personas Diagnosticadas con VIH/SIDA que acuden a los servicios y reciben atención integral:	62.33
	Persona que accede al EESS y recibe tratamiento oportuno para Tuberculosis Extremadamente Drogo	9.62
	Personas con diagnóstico de Tuberculosis	8.13
	Pacientes con comorbilidad con despistaje y Diagnostico de Tuberculosis	0.04
	Población de alto riesgo recibe información y Atención Preventiva	17.06
	Mujeres gestantes reactivas a Sifilis y sus Contactos y Recién Nacidos expuestos reciben tratamiento	0.02
Población con Infecciones de Transmisión sexual reciben tratamiento según guía clínicas	19.14	
PP de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis		48.47
de enfermedades metaxénicas y zoonosis	Viviendas protegidas de los principales condicionantes del riesgo en las áreas de alto y muy alto riesgo	19.38
	Vacunación de animales domésticos	0.39
	Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades Metaxénicas	17.31
	Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades zoonóticas	11.38
PP de Prevención y Control del Cáncer		23.76
	Niña Protegida con vacuna VPH	23.76
PP de Enfermedades no Transmisibles		2.26
	Tamizaje y Tratamiento de pacientes por metales pesados	0.18
	Tratamiento y control de pacientes con cataratas	2.08
PP de Control y Prevención en Salud Mental		0.20
	Personas con Transtornos y Síndromes Psicóticos tratadas oportunamente	0.20

APNOP	103.25
Actividad regular de inmunizaciones de personas mayores de 5 años	18.37
Atención integral de salud	84.88
Acciones Centrales	3.22
PROGRAMA PPTAL 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	59.40
PRONIS	33.35
Mantenimiento preventivo PEES (Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud - Equipos de Reposición)	22.80
Mantenimiento- Plan Multianual de Mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento (PMMES)	170.00
RECURSOS ADICIONALES EN SALUD PÚBLICA	273.75
Enfermedades Metaxenicas	21.44
Inmunizaciones - Desnutrición Crónica - Anemia	37.33
Tuberculosis VIH - SIDA	23.73
Centro de Control de Enfermedades	20.05
Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública	4.20
Escuela Nacional de Salud Pública	17.00
Fondo para Intervenciones Rápidas	150.00
2.5 Otros Gastos	2.59
2.6 Adquisición de Activos no Financieros	1,200.03
ACTIVIDADES (EQUIPAMIENTO)	303.28
PROYECTOS	896.75

Se requiere proyectar un Decreto Supremo para hacer la transferencia presupuestal para el nombramiento del personal según lo programado y otro para realizar la transferencia de los Bonos por cumplimiento de metas del año 2015. Finalmente, está pendiente la realización de la evaluación Institucional del Pliego 011: MINSA Primer Semestre 2016.

Acciones de Modernización para el MINSA

- Continuar con el proceso de implementación del ROF (delimitación de competencias y funciones en los órganos del MINSA, asistencia técnica)
- Desarrollo del Plan de Modernización del MINSA en el marco de lo dispuesto en la Política de Modernización de la Gestión del Estado (Incluye la actualización del diagnóstico efectuado a los cinco pilares de la modernización)
- Inicio del proceso de dimensionamiento del Ministerio de Salud (identificación de órganos prioritarios)
- Continuar con el proceso de mejora continua e inicio del proceso de simplificación administrativa de los procedimientos contenidos en el TUPA del MINSA. (Desarrollo de actividades establecidas en el Plan de mejora continua)
- Desarrollo de procesos Nivel 0, 1, 2, 3, hasta nivel de actividad, de acuerdo al Mapa de Procesos actualizado.
- Diagramación de procesos en los diversos órganos del MINSA

Planeamiento y Estudios Económicos

- Evaluación, difusión y sensibilización del PESEM (2016-2021) a nivel nacional
- Aprobación, difusión y sensibilización del PEI (actualización 2017 -2019)
- Evaluación del I semestre del POI 2016 y Proceso de planeamiento del POI -2017
- Evaluación del I semestral de los PpR 2016 y Gestión y seguimiento de los programas presupuestales
- Capacitación en la metodología SHA Cuentas Nacionales en Salud.

Gestión de las Inversiones

- Establecer la metodología para la formulación del Plan Sectorial de Inversiones del Sector Salud.

- Opinión favorable a 12 PIP de los EESS Estratégicos en el Marco de los Contenidos Mínimos Específicos de estudios de Pre-inversión a nivel de perfil de PIP en regiones.
- Culminar con el proceso de formulación de los estudios para 07 iniciativas privadas cofinanciadas, por Asociación Público Privada (APP): Hospital Cayetano Heredia, Unanue y Bernales, entre otros.
- Establecer el financiamiento bajo la modalidad de Obras por Impuestos (OxI) para la ejecución de los hospitales de Huari , Ancash y Llatas, Huánuco
- Iniciar el proceso de selección para la ejecución de dos hospitales, bajo la modalidad de obras por impuestos y continuar con su formulación

6. Resumen de información principal

6.1. Presupuesto

Respecto a la evolución al presupuesto, a continuación se detalla la evolución del presupuesto del periodo 2011 al 2016:

PIA y Ejecución de los 5 años de Gobierno																		
Todas las Fuentes																		Millones de Soles
NIVEL DE GOBIERNO	2011			2012			2013			2014			2015			2016		
	PIA	PIM	Ejecutado	PIA	PIM	Ejecutado	PIA	PIM	Ejecutado	PIA	PIM	Ejecutado	PIA	PIM	Ejecutado	PIA	PIM	Ejecutado
Gobierno Nacional	4,720.4	4,901.4	4,007.6	5,119.6	4,944.7	4,393.9	5,330.5	5,617.0	5,300.0	6,576.9	6,973.2	6,418.4	8,721	7,947	7,596	8,582.6	8,179.5	3,814.2
Gobiernos Locales	206.5	524.3	266.0	290.9	743.6	370.5	339.0	656.6	396.3	302.3	599.8	433.8	284	515	334	195.2	400.0	133.7
Gobiernos Regionales	2,853.2	4,293.3	3,507.8	3,262.9	5,109.6	4,361.2	4,270.5	6,011.8	5,481.7	4,318.6	7,177.1	6,411.9	4,721	7,124	6,560	4,693.4	6,724.8	2,927.6
TOTAL	7,780.1	9,719.0	7,781.4	8,673.4	10,797.9	9,125.6	9,940.0	12,285.5	11,178.0	11,197.8	14,750.2	13,264.0	13,725.3	15,586.3	14,489.5	13,471.2	15,304.2	6,875.5

Fuente: Consulta Amigables al 30.06.2016

En el caso del Gobierno Nacional, el PIA creció durante el periodo 2011-2015, aumentando alrededor de S/. 6,000 millones. Para el año 2016 solo se ha presentado una mínima reducción de 1.6% respecto al 2015. Esta reducción se dio en las Fuentes de Financiamiento “Recursos Determinados”, “Recursos Ordinarios” y “Recursos Directamente Recaudados” con S/. 500 millones, S/ 189.3 millones y S/. 51.1 millones, respectivamente; en “Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito” se aumentó el PIA en S/. 602.1 millones. El nivel de ejecución ha aumentado con la misma tendencia que el PIA.

En el caso de los Gobiernos Regionales ha presentado un crecimiento acumulado de 64.5 % para el 2016 comparado al 2011. Con respecto al último año (2016-2015) ha existido una pequeña disminución de 0.6%. El ejecutado siempre ha sido mayor al PIA, esto debido a las transferencias realizadas a los GORES durante el año que se refleja en un mayor presupuesto (PIM) de cada uno de ellos.

En el caso de los Gobiernos Locales, el nivel del PIA para la función Salud no ha presentado mayores variaciones comparando 2011 con 2016, siendo la disminución de 5.5% (en los años comprendidos entre el 2012 y 2015, el PIA siempre ha sido mayor al del 2011, S/. 206.5 millones). La reducción para el periodo 2016 se vio reflejado en la Fuente “Recursos Determinados” en S/. 87.7 millones.

En conjunto los tres niveles de Gobierno han visto incrementado su PIA de Función Salud en 73.1%, siendo el crecimiento del último periodo de -1.9% (2016 – 2015).

PIA y Ejecución de los 5 años de Gobierno - Proyectos												
Todas las Fuentes											Millones de Soles	
NIVEL DE GOBIERNO	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado	PIA	Ejecutado
Gobierno Nacional	764.9	298.1	495.9	243.8	569.0	317.9	916.6	336.4	1,362.9	604.1	1,306.3	25.8
Gobiernos Locales	170.3	187.6	228.1	258.5	265.7	286.7	227.5	308.6	199.7	212.8	103.1	48.5
Gobiernos Regionales	465.4	371.5	689.0	493.7	1,136.5	914.7	918.3	991.6	793.9	957.9	420.2	183.3
TOTAL	1,400.6	857.1	1,413.0	996.0	1,971.3	1,519.2	2,062.4	1,636.6	2,356.5	1,774.8	1,829.6	257.6
SALDOS (PIA - Ejecutado)		543.5		417.1		452.0		425.9		581.8		

Fuente: Consulta Amigables al 12.05.2016

El Gobierno Nacional presenta un crecimiento de 70.8% para el PIA, para el periodo 2011-2016, en cambio los Gobiernos Locales y Gobiernos Regionales presentan un decrecimiento de 39.4% y 9.7%, para el mismo periodo. El PIA en conjunto de los tres niveles de gobiernos aumentó en 30.6%.

Es de considerar que la ejecución de proyectos para el periodo 2011-2015, se ha incrementado en 107.1% (S/. 917.7 millones). No se considera para el presente análisis al 2016, por que la ejecución se tiene calculada a la fecha de hoy, por tal motivo no es posible la comparación.

Los saldos que corresponden a la diferencia del PIA con el Ejecutado, se observa claramente que siempre se mantienen por encima de los 400 millones, llegando a su nivel máximo en el año 2015 con S/. 581.8 millones.

% de gasto del PBI en Salud (Total y Público) y Gasto en Salud Per cápita														
Indicadores	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto en salud % del PBI	5.0%	4.9%	4.6%	4.6%	4.7%	4.5%	4.6%	4.7%	5.4%	5.0%	4.9%	5.2%	5.2%	5.5%
<i>Promedio por periodo de Gobierno</i>						4.71%					4.84%			5.20%
Gasto en salud - Público % del PBI	2.8%	2.8%	2.7%	2.5%	2.7%	2.4%	2.4%	2.5%	3.0%	2.8%	2.6%	2.8%	3.0%	3.3%
<i>Promedio por periodo de Gobierno</i>						2.65%					2.61%			2.91%
Gasto en salud per capita (Dolares actuales)	98	101	101	112	128	140	166	201	224	254	282	331	346	359

Fuente: Banco Mundial

El % del PBI en gasto de Salud (Público y Privado) ha crecido en el actual Gobierno, dado que ahora se encuentra alrededor del 5.2% del PBI y en comparación de los anteriores quinquenios ha estado alrededor de 4.71% (2001-2006) y 4.82% (2006-2011). Para el caso específico de los gastos de salud pública como porcentaje del PBI también

se ha dado un crecimiento llegando a 2.91%, para el 2006-2011 fue de 2.61% y en el del 2001-2006 de 2.65%.

El gasto en Salud per cápita a Dólares actuales, ha crecido en un 266.3% desde el 2001 hasta el 2014. Para el 2001 el gasto era de tan solo \$ 98 y para el 2014 es de \$359.

6.2. Contabilidad

La información contable es el medio idóneo para la toma de decisiones de las entidades públicas, conforme lo refiere el inciso d) del artículo 4 de la Ley N° 28708, cuya actualización por los usuarios del Sistema de Contabilidad Gubernamental es permanente y oportuna, asimismo permite proveer información para elaborar avances de los resultados de la gestión pública en materia presupuestaria, financiera, económica, patrimonial y cumplimiento parcial de metas que se debe considerar para la elaboración de la Cuenta General de la República.

Durante el periodo de gestión 2011 - 2016, el Pliego 011 Ministerio de Salud como ente rector, tiene la responsabilidad de integrar la Información Contable Financiera y Presupuestal de las 5 Unidades Ejecutoras, incluyendo la Dirección de Salud IV Lima Este (en proceso de cierre y liquidación), la cual se realizó siguiendo las normas y procedimientos vigentes que establece la Dirección Nacional de Contabilidad Pública, Ley N° 28708, Ley General del Sistema Nacional de Contabilidad.

Los Estados Financieros que presenta el Pliego son: Estado de Situación Financiera, que revela el Activo, Pasivo y Patrimonio de la Entidad, Estado de Gestión es el estado de resultado del ejercicio, en relación a los ingresos y gastos, Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, que revela el aumento y disminución del Patrimonio institucional y el Estado de Flujo de Efectivo que determina el movimiento de la fuentes y usos de fondos corrientes, de inversión y financiamiento, asimismo, se presenta el Estado de Ejecución de Ingresos y Gastos en relación al Presupuesto asignado a la entidad, que se ejecutan como gasto corriente y de capital.

La formulación y presentación de los estados financieros se efectúa de conformidad con los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados y las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público NICSP. Oficializadas y normada su aplicación mediante Directivas emitidas por la Dirección General de Contabilidad Pública.

La información Financiera y Presupuestal se presenta en forma trimestral, semestral y anual y se transmite mensualmente.

El Pliego 011 Ministerio de Salud presentó dicha información al Primer Trimestre del 2016 y transmitió vía WEB Contable al mes de mayo del 2016, en cumplimiento a la Directiva N° 003-2016-EF/51.01.

Respecto al Saneamiento Contable se realizó hasta el 31 de diciembre del año 2014 y de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 841-2015/MINSA, se está procediendo a efectuar las acciones de depuración, regularización, corrección de error y sinceramiento contable de los saldos de las cuentas pendientes de la Unidad Ejecutora 001.

La Conciliación del Marco y Ejecución Presupuestal se realizó hasta el 31 de diciembre del año 2015 y se encuentra en proceso al primer semestre del 2016, en cumplimiento a la Directiva N° 001-2016-EF/51.01 y Directiva N° 003-2016-EF/51.01.

Los Saldos de Fondos Públicos- SAFOP, se informó al 31 de diciembre del 2015, en cumplimiento a la Décima Octava Disposición Final y la Resolución Ministerial N° 059-2010-EF.93, que aprueba el Reglamento para la presentación de Información sobre saldos de fondos públicos.

Como se aprecia en los cuadros siguientes, debido a la transferencia de 32 Unidades Ejecutoras al Pliego Instituto de Gestión de Servicios de Salud el Activo, Pasivo y Patrimonio tuvo una disminución considerable respecto a los años anteriores, igualmente los ingresos y gastos disminuyeron.

Estado de situación financiera 2011-2015

Estado de Situación Financiera	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (al 31 de Mayo 2016)
ACTIVO CORRIENTE	537,328,293.77	630,889,216.82	636,940,365.55	708,163,711.53	559,474,754.54	540,724,933.58
ACTIVO NO CORRIENTE	1,530,026,637.52	1,731,491,019.21	2,722,587,336.92	3,635,332,569.93	1,255,407,489.03	1,259,380,129.53
TOTAL ACTIVO	2,067,354,931.29	2,362,380,236.03	3,359,527,702.47	4,343,496,281.46	1,814,882,243.57	1,800,105,063.11
PASIVO CORRIENTE	353,082,869.20	1,169,214,087.27	938,472,743.56	443,645,506.24	222,238,734.63	87,158,335.71
PASIVO NO CORRIENTE	1,139,198,164.91	1,136,019,101.29	1,151,489,766.56	863,115,276.28	274,047,505.31	274,004,135.44
PATRIMONIO	575,073,897.18	57,147,047.47	1,269,565,192.35	3,036,735,498.94	1,318,596,003.63	1,438,942,591.96
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	2,067,354,931.29	2,362,380,236.03	3,359,527,702.47	4,343,496,281.46	1,814,882,243.57	1,800,105,063.11

Estado de situación de gestión 2011-2015

ESTADO DE GESTIÓN	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (al 31 de Mayo 2016)
TOTAL INGRESOS	2,941,041,225.26	3,210,210,224.50	3,603,135,476.99	4,581,720,280.60	2,518,630,356.47	108,097,822.80
TOTAL COSTOS Y GASTOS	2,978,167,024.52	3,134,010,165.48	3,411,313,343.50	3,905,950,512.49	1,726,332,600.61	150,768,623.01
RESULTADO DEL EJERCICIO SUPERAVIT (DEFICIT)	-75,902,646.89	228,197,635.09	406,991,222.98	675,769,768.11	792,297,755.86	-42,670,800.21

6.3. Recursos Humanos

SERVIDORES DEL MINISTERIO DE SALUD

A inicios de la gestión, el Ministerio de Salud contaba con 2,306 servidores: 1,164 bajo el régimen del Decreto Legislativo 276 y 1,142 bajo el régimen del Decreto Legislativo 1057 (CAS).

A junio 2016, contamos con un total de 3,164 servidores: 1,280 cargos administrativos (D.Leg. 276), 493 cargos asistenciales (cuyas remuneraciones están regidas por el Decreto Legislativo 1153) -conforme se describe en el Cuadro para Asignación de Personal Provisional (CAP-P) aprobado mediante Resolución Suprema N° 030-2015-SA-; y 1,391 servidores bajo el régimen CAS.

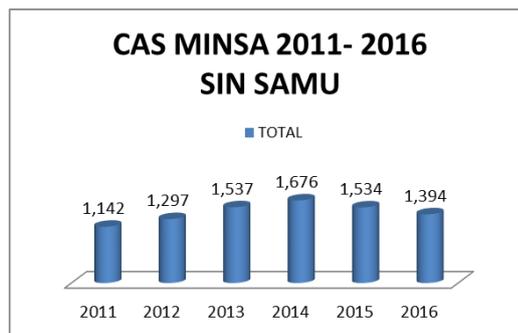
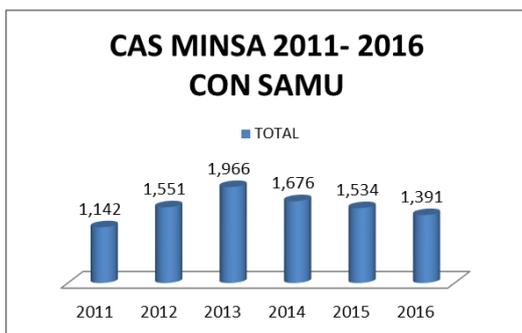
En cuanto al personal CAS, a continuación se detalla La progresión del personal en el quinquenio 2011-2016:

CUADRO COMPARATIVO CAS MINSA 2011 - 2016

ORDEN	DEPENDENCIA	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	DEFENSORIA DE LA SALUD Y TRANSPARENCIA	65	76	70	5	7	8
2	DESPACHO MINISTERIAL	13	14	11	17	14	15
3	DESPACHO VICEMINISTERIAL(*)	10	8	7	8	12	12
4	DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA	22	20	29	29	23	19
5	DIRECCION GENERAL DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MANTENIMIENTO	51	47	62	74	68	67
6	DIRECCION GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS	214	243	298	349	337	302
7	DIRECCION GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD	17	10	39	37	31	26
8	DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL	157	151	212	246	245	226
9	DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS	90	78	82	140	85	71
10	DIRECCION GRAL DE GESTION DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	26	147	138	108	76	70
11	OFICINA DE DESCENTRALIZACION	6	9	31	47	44	33
12	OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACION	192	196	181	176	141	145
13	OFICINA GENERAL DE ASESORIA JURIDICA	11	11	11	16	18	18
14	OFICINA GENERAL DE COMUNICACIONES	26	25	41	63	63	54
15	OFICINA GENERAL DE COOPERACION INTERNACIONAL	16	16	14	16	15	13
16	OFICINA GENERAL DE DEFENSA NACIONAL	31	20	36	33	57	38
17	OFICINA GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA	40	39	57	62	60	53
18	OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	28	44	59	58	61	60
19	OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	26	35	47	64	53	48
20	ORGANIZACION NACIONAL DE DONACIONES Y TRANSPLANTES	10	15	23	25	18	17
21	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	36	30	24	27	26	21
22	PROCURADURIA PUBLICA	25	34	38	45	42	39
23	SECRETARIA DE COORDINACION CONSEJO NACIONAL DE SALUD	8	6	7	7	5	5
24	SECRETARIA GENERAL	22	23	20	24	33	31
25	SISTEMA DE ATENCION MOVIL DE URGENCIA - SAMU **		254	429			
TOTAL		1,142	1,551	1,966	1,676	1,534	1,391

DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD a partir de febrero 2015 a junio 2016 - 02 CAS

DESPACHO VICEMINISTERIAL DE SALUD PUBLICA a partir de febrero 2015 a junio 2016 - 10 CAS

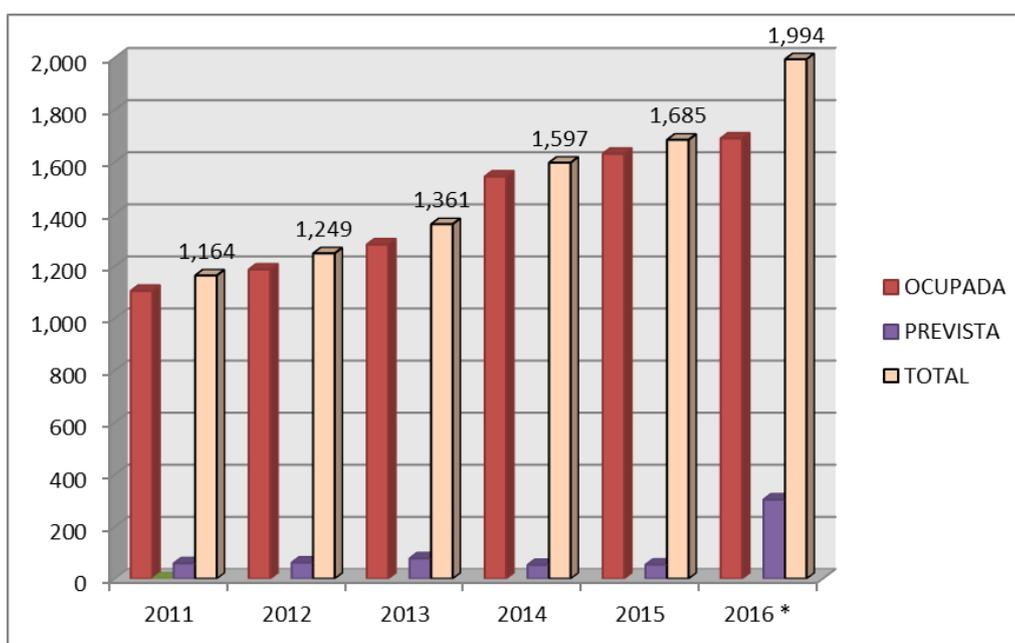


Desde el mes de mayo del 2014 de acuerdo a lo previsto en la Tercera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1167 el Instituto de Gestión de Servicios de Salud asumirá los recursos humanos del Programa "Sistema de Atención Móvil de Urgencias-SAMU"

En cuanto al personal bajo el régimen del D.Leg. 276, la progresión en el quinquenio 2011-2016 ha sido la siguiente:

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL MINSA
2011-2016

AÑO	OCUPADA	PREVISTA	TOTAL	Tasa de incremento en relación al 2011
2011	1,105	59	1,164	-
2012	1,187	62	1,249	7.30%
2013	1,283	78	1,361	16.92%
2014	1,544	53	1,597	37.20%
2015	1,631	54	1,685	44.76%
2016	1,690	304	1,994	71.31%



* CAP-P en proceso de aprobación.

En el cuadro a continuación se detalla la distribución de servidores nombrados, al 30 de junio de 2016:

RESUMEN CUANTITATIVO DEL CUADRO PARA ASIGNACIÓN DE PERSONAL PROVISIONAL - 2016

ENTIDAD : MINISTERIO DE SALUD
SECTOR : SALUD

ÓRGANO	CLASIFICACIÓN							TOTAL
	FP	EC	SP-DS	SP-EJ	SP-ES	SP-AP	RE	
DESPACHO MINISTERIAL	1	7	2	1	3	1	0	15
DESPACHO VICEMINISTERIAL DE SALUD PÚBLICA	1	3	0	1		5	0	10
DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD	1	3	0		1	2	0	7
SECRETARIA GENERAL		6	2	2	3	10	0	23
CONSEJO NACIONAL DE SALUD		1	0		8	1	0	10
OFICINA GENERAL DE CONTROL INSTITUCIONAL			5	13	21	8	0	47
PROCURADURIA PUBLICA	2		0		3	2	0	7
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y MODERNIZACION		6	15	10	15	8	0	54
OFICINA GENERAL DE ARTICULACION Y COORDINACION		3	2	1	2	1	0	9
OFICINA GENERAL DE ASESORIA JURIDICA		5	2	1	5	3	0	16
OFICINA GENERAL DE COOPERACION Y ASUNTOS INTERNACIONAL		4	3	1	12	7	0	27
OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACION		4	12	24	63	181	0	284
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS		4	9	14	41	46	0	114
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		4	8	7	14	38	0	71
OFICINA GENERAL DE COMUNICACIONES		3	7		20	9	0	39
OFICINA GENERAL DE TRANSPARENCIA Y TRAMITE DOCUMENTARIO		1	2	4	10	11	0	28
DIRECCION GENERAL DE POLITICAS Y NORMATIVIDAD EN SALUD PUBLICA		4	0	10	16	2	0	32
DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATEGICAS EN SALUD PÚBLICA		8	12	4	44	13	0	81
DIRECCION GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL EN SALUD		4	10		28	10	0	52
DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA		4	11	14	116	81	0	226
DIRECCION GENERAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y DEFENSA NACIONAL EN SALUD		4	2	2	16	13	0	37
DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES DE SALUD		6	3	1	46	11	0	67
DIRECCION GENERAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD		3	7	2	15	4	0	31
DIRECCION GENERAL DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MANTENIMIENTO		4	11	15	26	79	0	135
DIRECCION GENERAL DE GESTION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD		4	8		54	11	0	77
DIRECCION GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS		5	11	22	193	80	0	311
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES		6	8		72	25	0	111
CENTRO NACIONAL DE ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATEGICOS EN SALUD		5	0		20	38	0	63
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA		1	2		7			10
TOTAL	5	112	154	149	874	700	0	1994

CLASIFICACION:

FP : FUNCIONARIO PÚBLICO

EC : EMPLEADO DE CONFIANZA

SP-DS : SERVIDOR PUBLICO-DIRECTIVO SUPERIOR

SP-EJ : SERVIDOR PUBLICO-EJECUTIVO

SP-ES : SERVIDOR PUBLICO-ESPECIALISTA

SP-AP : SERVIDOR PUBLICO-DE APOYO

RE : REGIMEN ESPECIAL; Aplicable a magistrados, diplomaticos, docentes universitarios, personal militar y policial

LEY DEL SERVICIO CIVIL, LEY N° 30057

En el año 2013, iniciamos las coordinaciones correspondientes al proceso de implementación de la Ley del Servicio Civil N° 30057 y sus Reglamentos, cuya finalidad es establecer la meritocracia, para elevar la calidad de los servicios que el Estado brinda a los ciudadanos, así como mejorar los ingresos de la mayoría de los servidores públicos e incentivar su crecimiento personal y profesional en la administración pública. La Oficina General de Recursos Humanos viene ejerciendo la Secretaría Técnica de la Comisión de Tránsito a la Ley del Servicio Civil, desde el 19 de agosto del 2014, en coordinación con la Autoridad SERVIR. Hemos culminado la etapa de preparación y actualmente nos encontramos en la segunda etapa del proceso, correspondiente al análisis situacional, en la cual hemos concluido el “*Mapeo de puestos*” de la entidad. Una vez finalizado el “*Mapeo de procesos*” - que se encuentra a cargo de OGPPM -, podremos entrar a la siguiente etapa del proceso, llamada mejora interna.

Cabe señalar que entre octubre y diciembre del año 2015 realizamos el “*Diagnóstico para la Gestión Estratégica de la Comunicación en la Administración Central del MINSA*”, teniendo como muestra 418 servidores de distintos órganos de la administración central, a través del cual identificamos los principales condicionantes de resistencia y apertura en los servidores, en el proceso de transición hacia la Ley del Servicio Civil y sus Reglamentos.

Así mismo, diseñamos y aplicamos la estrategia de comunicación interna, para la difusión de los alcances de la Ley del Servicio Civil, en coordinación con la Oficina General de Comunicaciones y la Autoridad Nacional de Servicio Civil, entre octubre y diciembre 2015.

MAPEO DE PUESTOS 2016

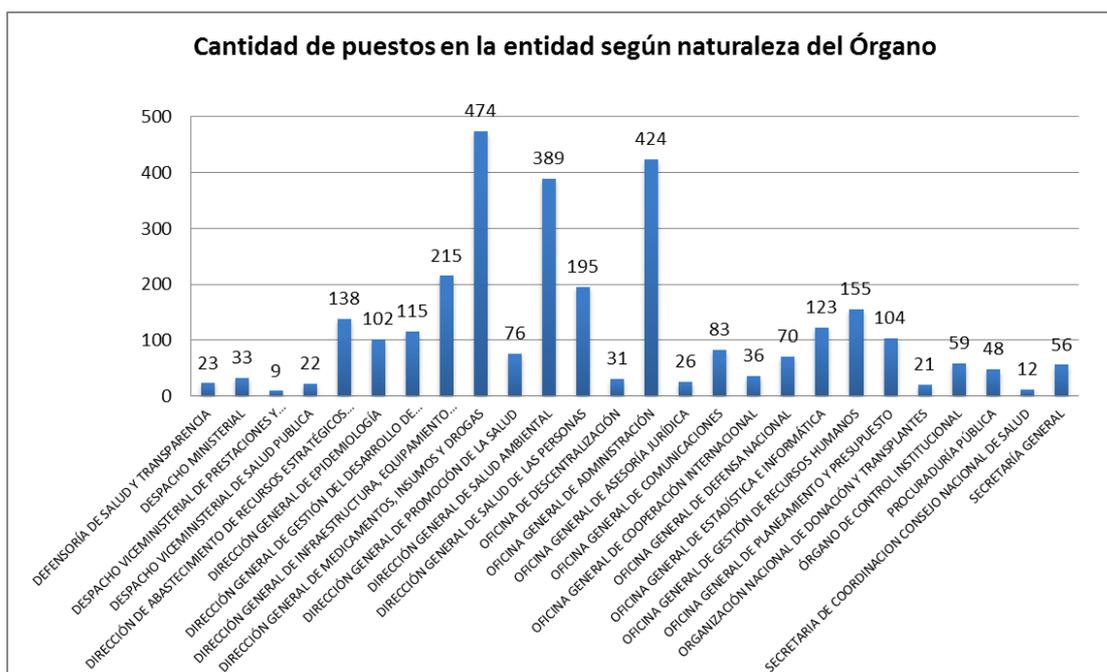
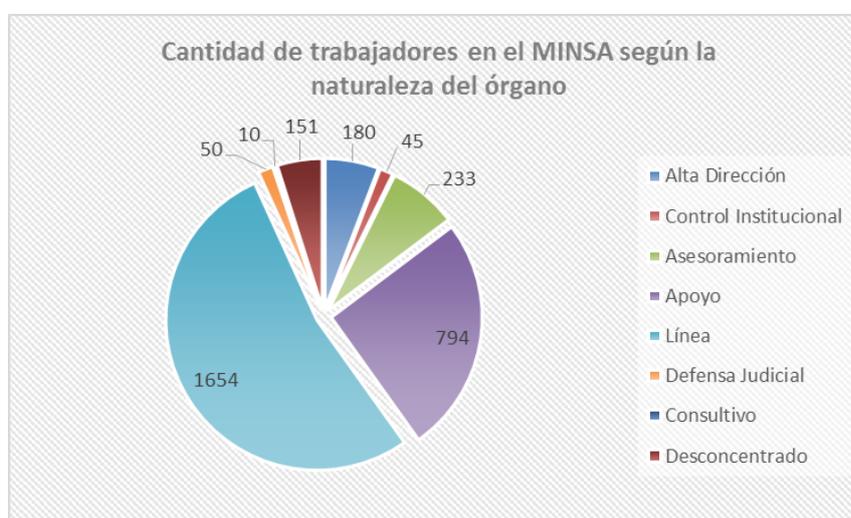
Como parte del proceso de implementación de la Ley del Servicio Civil en el MINSA, culminamos el “Mapeo de Puestos de la Administración Central” con fecha de corte el día 31 de diciembre del 2015, lográndose identificar un total de 3,039 puestos, con un total de 3,117 servidores.

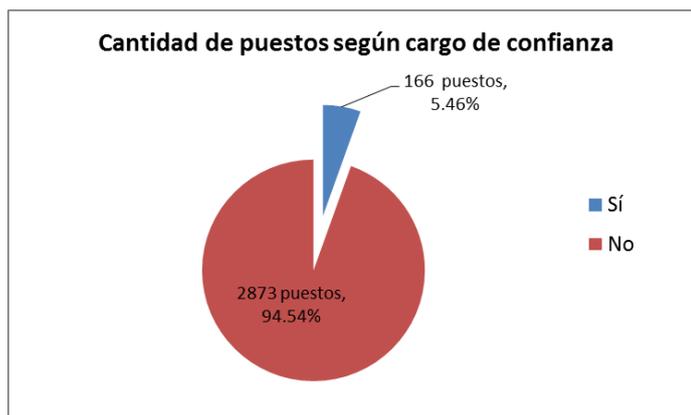
Los resultados se detallan en los siguientes gráficos, de acuerdo a la segmentación por regímenes laborales, naturaleza de los órganos, y cargos de confianza:

Régimen laboral / Modalidad de contratación	Cantidad de servidores	%
D. Leg. 1057 – CAS*	1651	52.97%
Locación de Servicios	136	4.36%
D. Leg. 276, D. Leg. 1153, Ley 30057	1307	41.93%
Fondo de Apoyo Gerencial - FAG	8	0.26%
Personal Altamente Calificado - PAC	15	0.48%
	3117	

Nota: El Mapeo de Puestos es un proceso que consiste en el recojo y sistematización de la información de los puestos que pertenecen a la entidad y un posterior análisis de la misma, para identificar oportunidades de mejora en términos de puestos al interior de la entidad. Es un instrumento establecido en la Metodología del Tránsito al Régimen del Servicio Civil que culminó en Diciembre de 2015 y fue aprobado por la Comisión de Tránsito del MINSA e informado a la Autoridad Nacional del Servicio Civil el 17 de mayo de 2016, no requiere actualización y junto con el Mapeo de Procesos, servirán para las mejoras de perfiles y procesos. Por tal motivo, estos datos no pueden ser actualizados al 30.06.

Régimen laboral / Modalidad de contratación	Cantidad de puestos	%
D. Leg. 1057 – CAS*	1141	37.55%
Locación de Servicios	105	3.46%
D. Leg. 276, D. Leg. 1153, Ley 30057	1770	58.24%
Fondo de Apoyo Gerencial - FAG	8	0.26%
Personal Altamente Calificado - PAC	15	0.49%
	3039	





IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE DESARROLLO DE PERSONAS

Desde el año 2011 hemos capacitado a un total de 4,918 servidores hasta la fecha (junio 2016). Cabe señalar que, posterior a la aprobación del Plan de Desarrollo de las Personas de la Administración Central del MINSA 2016, hemos realizado las coordinaciones con la Oficina General de Administración, para la ejecución del 56% de las acciones de capacitación durante el presente año, lo que permitirá beneficiar a un total de 611 servidores de Administración Central del Ministerio de Salud. (Fuente: PDP 2011-2016).

PDP	Personal capacitado
2011	259
2012	377
2013	1411
2014	546
2015	1714
2016	611 (*)
Total personas	4,918
(*) a 30 de junio 2016	

NOMBRAMIENTOS: LEYES 28498, 28560, 29682, LEYES DE PRESUPUESTO DE LOS AÑOS FISCALES 2014 Y 2015 Y DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Hemos incorporado a 39,094 trabajadores al Estado mediante los procesos de nombramiento, entre los cuales se puede detallar los siguientes:

- a. Mediante Ley N° 28498, se nombró a 4,259 profesionales no médicos cirujanos, entre los años 2011, 2012 y 2013.
- b. Mediante Ley N° 28560, se nombró 14,866 técnicos y auxiliares asistenciales y administrativos, entre los años 2011, 2012 y 2013.
- c. Mediante Ley N° 29682, se nombró a 3,582 médicos cirujanos, entre los años 2012, 2013 y 2014.

- d. Mediante Ley N° 30014, se nombró a 7,893 profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud, entre el año 2014 y 2015.
- e. Mediante Ley N° 30281, se nombró a 8,494 profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud, en el año 2015.

Asimismo, hemos identificado 42,765 puestos de trabajo, mediante procesos de nombramiento, con la entrada en vigencia del Decreto Legislativo N° 1153. A la fecha el 40% de personal identificado ha sido nombrado, planificándose el nombramiento de hasta el 60% de personal en total para el presente año 2016; en aplicación de lo dispuesto en las Leyes de Presupuesto de los años 2014, 2015 y 2016.

De acuerdo a nuestros registros, entre los nombramientos a realizar estarían un total de 8,373 profesionales de la salud, dentro del marco legal dispuesto por la Ley de Presupuesto para el año fiscal 2016, según se detalla en el cuadro siguiente:

REGIONES DEL PLIEGO 011	GRUPOS OCUPACIONALES						TOTALES
	AUXILIAR ASISTENCIAL	ENFERMERA	MÉDICO CIRUJANO	OBSTETRA	OPS	TÉCNICO ASISTENCIAL	
Amazonas	4	44	7	34	17	118	224
Ancash	3	100	17	72	34	118	344
Apurímac	3	89	10	43	37	98	280
Arequipa	11	80	32	32	38	71	264
Ayacucho	2	71	13	67	45	65	263
Cajamarca	9	117	29	78	34	172	439
Callao	15	44	20	16	39	63	197
Cusco	3	107	27	77	57	128	399
Huancavelica		85	14	59	38	108	304
Huánuco	3	101	9	77	19	125	334
Ica	4	53	26	29	28	60	200
IGSS	51	538	206	126	266	624	1,811
INEN	5	38	20		24	37	124
INS	7	1		1	18	4	31
Junín		84	31	71	44	129	359
La Libertad	6	119	44	76	50	141	436
Lambayeque	4	82	26	38	37	93	280
Lima	12	70	13	42	37	96	270
Loreto	14	60	14	35	16	195	334
Madre de Dios		13	5	10	10	27	65
MINSA	2	8		9	44	8	71
Moquegua	1	21	4	10	12	25	73
Pasco	1	28	1	23	10	35	98
Piura	13	84	20	53	17	139	326
Puno	6	113	17	62	55	84	337
San Martín	2	39	15	39	15	82	192
Tacna	2	27	8	15	11	14	77
Tumbes	8	13	3	9	3	22	58
Ucayali	13	43	12	27	13	75	183
Total general	204	2,272	643	1,230	1,068	2,956	8,373

POLÍTICA INTEGRAL DE COMPENSACIONES Y ENTREGAS ECONÓMICAS DEL PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ESTADO

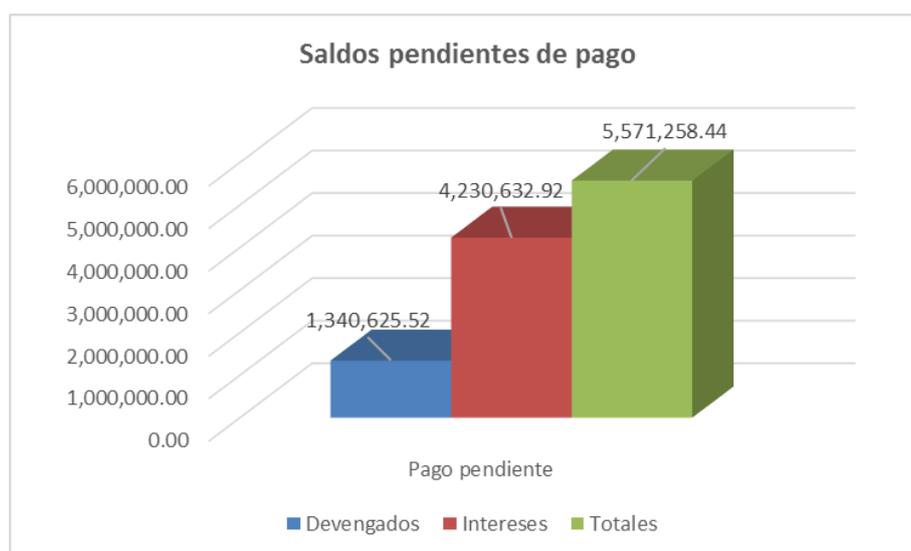
Con la implementación de la “Política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado” contamos con 43,562 servidores beneficiados a nivel nacional, a raíz de la homogenización de sus ingresos, con estandarización de condiciones que favorecieron la relación entre los servidores y la institución. Realizado de acuerdo al Decreto Legislativo 1153, vigente desde agosto de

2013, implementado progresivamente, según los Decretos Supremos. (Fuente: “Información de Recursos Humanos en el Sector Salud 2015”, elaborado por la DGDRH del MINSA).

DECRETO DE URGENCIA 037-94

Pago de S/. 133'944.382.07 de soles correspondientes a la bonificación especial señalada en el Art. 2 del Decreto de Urgencia N° 037-94 en la Administración Central del MINSA.- El cual significó un reto importante para la gestión de la OGRH, pues existía la obligación de pagar los devengados e intereses al personal cesante, activo, pensionista y herederos, hecho que demandó -a lo largo de éstos últimos años – la construcción de una base de datos, el procesamiento y ordenamiento de dicha información, que sirvió para la determinación del monto adeudado con la finalidad de solicitar el presupuesto necesario.

A la fecha, proyectamos continuar con el pago de S/. 5'571,258.44 de soles, por concepto de devengados e intereses, a un total de 584 beneficiarios correspondientes a los años 1994 hasta el 2014; con y sin sentencia judicial de la Administración del Ministerio de Salud. (Fuente: Base de Datos ERP OGRH).



Si bien en la Administración Central del MINSA se realizaron las señaladas acciones para la determinación del monto adeudado, ello no fue igual en las regiones. Por ello, en el año 2015 la OGRH tomó la iniciativa de liderar el proceso de obtención y ordenamiento de dicha información. Es así que para julio del 2015, la deuda a nivel nacional se estimó en S/. 939 191 098.00 soles.

6.4. Infraestructura

Predios afectados en uso a favor del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud cuenta con un conjunto de predios de propiedad del Estado, que han sido afectados en uso (por plazo indeterminado) por la Superintendencia Nacional de Bienes Estatales – SBN, a favor de nuestra entidad. En los referidos predios funcionan las oficinas administrativas de la Sede Central, las oficinas administrativas de DIGEMID, las oficinas administrativas y laboratorio de DIGESA y el establecimiento donde funcionará el nuevo Hospital Vitarte, inmuebles que se encuentran saneados legalmente de acuerdo al siguiente resumen:

Distrito	Establecimientos	Dirección del Predio	Área	Ficha Registral Partida N°
Jesús María	Ministerio de Salud - Organismo Central	Mz Formada por el cruce del Jr. Fco. De Zela y las Avs. 6 de Agosto, Pablo Bermudez y la cuadra 8 de la Av. Salaverry.	15 256,95 m ²	46620747
Jesús María	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID	Av. Ricardo y Tizon y Bueno N° 276	1 992,98 m ²	07010885
Lince	Dirección General de Salud Ambiental - DIGESA	Av. Las Amapolas N° 350 San Eugenio	3 103.80 m ²	7036127
La Molina	Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria – DIGESA	Jr. Los Pinos N° 251 - 252 (Parte del Lt. 1 Mz. V-2 , segundo sector , III Etapa) Urb. Camacho	1 917.13 m ²	11988151
Ate Vitarte	Hospital Vitarte	Lote 77B y 78, Parcela Fundo Estrella	15 237,01 m ²	46773640

Predios en Propiedad del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud cuenta con predios en propiedad, inmuebles los cuales se encuentran saneados legalmente. Estos son: el inmueble donde funciona el Almacén Central y de Importaciones (fue un predio del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social); el predio que está ubicado en Chorrillos, que forma parte de los inmuebles del Ministerio de Salud cuyo antiguo propietario (INS) fue integrado al MINSa, en virtud a la Quinta Disposición Transitoria del Decreto Legislativo N° 70, Ley de Organización del Sector Salud, del 14 de abril de 1961; y, el predio donde funciona el Centro de Excelencia Rector de la Estrategia Tuberculosis - CER, el cual fue donado por CARE PERU a favor del Ministerio de Salud.

Distrito	Establecimientos	Dirección del Predio	Área	Ficha Registral Partida N°
Cercado de Lima	Almacén Central	Av. Venezuela N° 2195	4 575, 00 m ²	07027844
Chorrillos	Ministerio de Salud	Av. Defensores del Morro Solar (Huaylas) N° 2268	5,865.98 m ²	07029927
	Centro de Esparcimiento - CERTMINSA	Av. Defensores del Morro Solar (Huaylas) N° 2290	59,219.43 m ²	
Jesús María	Centro de Excelencia Rector de la Estrategia Tuberculosis - CER	Calle Horacio Urteaga N° 900 - 908	981.79 m ²	07010901

PROPIEDAD DEL MINISTERIO DE SALUD
(En Proceso Judicial Procuraduría/ocupado por terceros)

N°	Ficha N°	Departamento	Provincia	Distrito	Dirección del Predio	Área	Copia Literal Partida N°	Actual Propietario	Referencia
1	1662933	Lima	Lima	Cercado de Lima	Av. España N° 463-A	162.64 m ²	49007439	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
2	1662934	Lima	Lima	Cercado de Lima	Av. España N° 461-A 2do Piso	162.68 m ²	49007440	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
3	1662935	Lima	Lima	Cercado de Lima	Av. España N° 463 2 do Piso	162.68 m ²	49007441	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
4	1661325	Lima	Lima	Cercado de Lima	Jr Puno N° 431 - 437	1350.36 m ²	49068322	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
5	16611456	Lima	Lima	Cercado de Lima	Jr. Ica N° 246 - 250	441	40463101	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
6	1160178	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 491	52.92	49041717	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
7	1160200	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 489 Int. 23	74.51	49041739	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
8	1160201	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 489 Int. 25	58.37	49041740	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
9	1160205	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 489 Int. 29	271.32	49041744	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
10	1160206	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 489 Int. 30	105.00	49041745	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
11	1160207	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 489 Int. 31	73.72	49041746	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
12	1160208	Lima	Lima	Rimac	Jr Rimac N° 489 Int. 21 - 24	458.15	49041747	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
13	895	Ica	Ica	San Antonio	Calle Chabuca Granda Mz L Lote N° 4	133.00	20070008	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
14	Asiento 11 Fojas 9 Tomo 409	La Libertad	La Libertad	P.J Gran Chimú de Monserrate	Av. Husares de Junin Mz. L Lote N° 8	162.50	P14052345	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
15	Asiento 1 al 18 Tomo 261	La Libertad	La Libertad	Larco Herrera	Calle Manco Capac N° 401	335.46	P14050827	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
16	10880	La Libertad	La Libertad	P.J La Esperanza Sector Santa	Jr. Ancash N° 329	299.70	P14009751	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
17	2045	La Libertad	La Libertad	Larco Herrera	Calle Abrahan Valdelomar N° 220	380.71	P14045827	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF
18	10886	La Libertad	La Libertad	Santa María	Calle Tupac Yupanqui N° 901 - 903	241.50	11001127	Ministerio de Salud	Decreto Supremo N° 197-99-EF

6.5. Mejoras en el servicio al ciudadano

MEJORAS EN EL SERVICIO AL CIUDADANO

El Ministerio de Salud ha venido implementando mejoras en el servicio al ciudadano de acuerdo a las indicaciones impartidas por la Secretaria de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministro, en cuanto a los siguientes estándares propuestos en el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública:

Estándar 1: Para la estrategia y organización

Mediante Decreto Supremo N° 007-2016/MINSA, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Oficina de Tramite Documentario y Atención al Usuario, órgano el cual va a permitir concretar el logro de los objetivos y las acciones estratégicas institucionales sobre esta materia.

Por otro lado, mediante la Resolución Ministerial N°459-2015/MINSA, designa a los representantes ante el MINSA del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo. Asimismo, mediante la Resolución Ministerial N° 097-2016/MINSA se designa al responsable de la mejora de la atención a la ciudadanía.

Cabe indicar que se encuentra en diseño un sistema de gestión de la calidad que incorpora la mejora de la atención a la ciudadanía.

Estándar 2: Conocimiento de la ciudadanía – Usuario de la entidad

Esta Oficina de Tramite Documentario y Atención al Usuario brinda un servicio que responde a las necesidades y expectativas de un público objetivo de la ciudadanía. Se ha implementado, un mecanismo y el espacio físico para la participación ciudadana en el diseño e implementación de la mejora de los servicios públicos.

Estándar 3: Accesibilidad y canales de atención a la ciudadanía

El Ministerio de Salud cuenta con los siguientes canales de atención:

Canal Presencial: La Oficina Tramite Documentario y Atención al Usuario cuenta con personal adecuado para brindar atención e información en horarios ininterrumpidos de 8:30 am a 4:30 pm de lunes a viernes.

Canal Virtual: El portal del Ministerio de Salud está habilitada la plataforma web con información de fácil acceso al ciudadano.

Canal Telefónico: Se cuenta con una central telefónica la cual deriva la llamada a la respectiva oficina que brindara la información, respetando el horario de atención al público ininterrumpido de 8:30 am a 4:30 pm de lunes a viernes.

Además en esta Oficina son atendidas las llamadas telefónicas para brindar información con relación a tramites, procesos de concursos de bienes y servicios públicos, presentación de quejas, reclamos y denuncias.

Estándar 4: Infraestructura, mobiliario y equipamiento para la atención

La Oficina de Tramite Documentario y Atención al Usuario cuenta con espacio físico y ambientes adecuados para la atención al ciudadano en cuanto a condiciones de infraestructura, mobiliario, ventilación, limpieza e iluminación. Se da cumplimiento según

lo establecido en la Ley N° 28683, ley que establece la atención preferente a mujeres embarazadas, niñas, niños, adultos mayores y con discapacidad en lugares de atención al público con infraestructura básica para facilitar el acceso a mujeres embarazadas, niños, adultos mayores.

Además existe un sistema de señalización adecuada y actualizada para identificar las principales áreas de atención de la entidad, servicios dirigidos a la ciudadanía, módulos de orientación, servicios higiénicos y medidas de seguridad.

El equipamiento disponible para la atención de trámites y entrega de bienes y servicios públicos a la ciudadanía, tales como equipos de cómputo, fotocopiadora, escáner, equipos de telefonía y comunicación además de los servicios específicos: salud, agua, desagüe, educación, limpieza se encuentra en condiciones adecuadas para su uso. Se brinda mantenimiento correctivo y preventivo a los equipos.

Estándar 5: Proceso de atención a la ciudadanía y simplificación administrativa.

La Oficina de Trámite Documentario y Atención al Usuario ha asignado personal específico para brindar orientación a la ciudadanía de forma presencial.

La orientación se da en relación a los diferentes servicios y tramites, material explicativo, así como formatos y formularios.

Los pagos se pueden realizar en entidades bancarias como el Banco de la Nación y en instalaciones ubicadas en la sede de la entidad (Caja Tesorería).

La atención brindada a la ciudadanía se realiza siguiendo las pautas que entregan cada órgano o unidad orgánica al personal a través de comunicaciones internas y/o capacitaciones.

El personal de atención al público está capacitado para la atención a la ciudadanía, considerando lo dispuesto en la Ley N° 28683, Ley que modifica la Ley N° 27408, Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas en lugares de atención al público.

Estándar 6: Personal de Atención a la Ciudadanía.

La Oficina de Trámite Documentario y Atención al Usuario cuenta con personal adecuado y capacitado para brindar atención al ciudadano; reciben capacitación e inducción sobre las funciones, trámites y servicios que brinda.

Se establecen y ejecutan acciones anuales de capacitación para el personal que atiende al ciudadano y para el personal de la mejora de la atención en el marco del Plan de Desarrollo de las Personas (PDP), de acuerdo a la normativa impartida por SERVIR.

Estándar 7: Transparencia y el Acceso a la Información Pública

Se brinda la difusión de la información que establece la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Se ha implementado el Portal de Transparencia Estándar de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 063-2010-PCM.

Se cuenta con los formatos de acceso a la información pública, las que se encuentran disponibles en la página Web institucional del Ministerio de Salud.

Se dispone de un mecanismo virtual de presentación de solicitudes de acceso a la información pública.

La Resolución Ministerial N° 825-2005/MINSA, aprueba la Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información.

El TUPA del Ministerio de Salud, sus formularios y la información sobre el sustento legal y técnico se encuentran en el Portal Web institucional del MINSA, en el marco de la Ley N° 20806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

La Resolución Ministerial N° 687-2006/MINSA, aprueba la Directiva administrativa para la publicación y actualización de información en el Portal Web del Ministerio de Salud.

Estándar 8: Medición de la gestión

La Oficina de Trámite Documentario y Atención al Usuario realiza el seguimiento de atención a la ciudadanía en forma bimensual, mediante reportes, informes y/o notas informativas.

Estándar 9: Reclamos y sugerencias

La Oficina de Trámite Documentario y Atención al Usuario cuenta con canales de recepción de reclamos (Libro de Reclamaciones), en forma virtual y física. Se implementan acciones tomando en cuenta los reclamos de los ciudadanos.

La responsabilidad de gestionar los reclamos y sugerencias está a cargo del personal designado mediante Resolución Ministerial N° 462-2011/MINSA, como responsable de la mejora de la atención a la ciudadanía.

Aníbal Velásquez

MINISTRO DE SALUD

Referencias

- Velasquez, A; Cachay C, et.al. (2008). *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú*. Lima: MINSa.
- Acuerdo Nacional. (2015). *Acuerdo Nacional sobre los objetivos de la reforma de Salud*. Lima.
- Banco Mundial. (2016). *Financiamiento de la salud en el Perú*. Lima: Banco Mundial.
- Habich, M. (2015). *Avances en la implementación de las leyes de reforma de salud del Perú: Enero 2014-Junio 2015*. Lima: Banco Mundial.
- INEI. (2016). *Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015*. Lima: INEI.
- MINSa. (2013). *Cuentas Nacionales en Salud, Perú 1995- 2012*. Lima: MINSa.
- MINSa. (2013). *Documento técnico: Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud. Perú. Consejo Nacional de Salud*. Lima: MINSa.
- MINSa. (2016). *Perspectivas al 2021 para avanzar en la implementación del consenso alcanzado en el Acuerdo Nacional*. Lima: MINSa.
- USAID Políticas en Salud. (2012). *Espacio Fiscal 2012*. Lima: USAID.

Anexo: Órganos y Unidades orgánicas MINSA

**Acrónimos de los órganos y unidades orgánicas
 REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES – ROF DEL MINSA
 (APROBADO POR D.S. N° 007-2006-SA)**

DM DESPACHO MINISTERIAL

CNS CONSEJO NACIONAL DE SALUD

SECCOR SECRETARÍA DE COORDINACIÓN

OCI OFICINA GENERAL DE CONTROL INSTITUCIONAL

OCNTS OFICINA DE CONTROL DE NORMATIVIDAD TÉCNICA EN SALUD

OCAF OFICINA DE CONTROL ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

PP PROCURADORÍA PÚBLICA

SG SECRETARIA GENERAL

OGA OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

OE OFICINA DE ECONOMÍA

OA OFICINA DE ABASTECIMIENTO

OGRH OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

OARH OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

ODRH OFICINA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

OGC OFICINA GENERAL DE COMUNICACIONES

OIP OFICINA DE INFORMACIÓN PÚBLICA

OCE OFICINA DE COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

OGTI OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ODT OFICINA DE DESARROLLO TECNOLÓGICO

OST OFICINA DE SOPORTE Y TELECOMUNICACIONES

OGEI OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

OGAJ OFICINA GENERAL DE ASESORÍA JURÍDICA

OGCAI OFICINA GENERAL DE COOPERACIÓN Y ASUNTOS INTERNACIONALES

OGAC OFICINA GENERAL DE ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN

OGTD	OFICINA GENERAL DE TRANSPARENCIA Y TRÁMITE DOCUMENTARIO
OTA	OFICINA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN
OTD	OFICINA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO Y ATENCIÓN AL USUARIO
OGPPM	OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y MODERNIZACIÓN
OPF	OFICINA DE PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO
OOM	OFICINA DE ORGANIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN
OPEE	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y ESTUDIOS ECONÓMICOS
OGI	OFICINA DE GESTIÓN DE INVERSIONES
DVMSP	DESPACHO VICE MINISTERIAL DE SALUD PÚBLICA
DGPN	DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS Y NORMATIVIDAD EN SALUD PÚBLICA
DDP	DIRECCIÓN DE DISEÑO DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
DMSP	DIRECCIÓN DE MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
	DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD EN SALUD PÚBLICA
DGIESP	DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA
DIPREN	DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y ONCOLÓGICAS
DPCD	DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DISCAPACIDAD
DPI	DIRECCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS
DSSR	DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DINEV	DIRECCIÓN DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS POR ETAPAS DE VIDA
DSO	DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL
DSM	DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL
DGPGT	DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD
DEPS	DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA LA SALUD
DAPS	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD
DIGESA	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD ALIMENTARIA E INOCUIDAD ALIMENTARIA
DIA	DIRECCIÓN DE INOCUIDAD ALIMENTARIA
DSA	DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL
DFS	DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA
DIGERD	DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES Y DEFENSA NACIONAL EN SALUD

DVMPAS DESPACHO VICE MINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD
DIGEPRES DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES EN SALUD

DISI	DIRECCIÓN DE INTERVENCIONES DE SALUD INDIVIDUAL
DISS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DICAS	DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
DDTC	DIRECCIÓN DE DONACIÓN Y TRANSPLANTES DE ÓRGANOS TEJIDOS Y CÉLULAS
DITEL	DIRECCIÓN DE TELESALUD

DGAS DIRECCIÓN GENERAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

DACPRE	DIRECCIÓN DE ACCESO Y COBERTURA PRESTACIONAL
DASF	DIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

DGIEM DIRECCIÓN GENERAL DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MANTENIMIENTO

DI	DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA
DE	DIRECCIÓN DE EQUIPAMIENTO
DM	DIRECCIÓN DE MANTENIMIENTO

DGGDRH DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

DDRH	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
DGT	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TRABAJO EN SALUD
DIPLAN	DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

DIGEMID DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

DPF	DIRECCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
DDMP	DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
DEF	DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS
DAUS	DIRECCIÓN DE ACCESO Y USO DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

CDC	CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DISA LM	DIRECCIÓN DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA
ENSAP	ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
CENARES	CENTRO NACIONAL DE ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATÉGICOS EN SALUD

PROGRAMAS

PRONIS	PROGRAMA NACIONAL DE INVERSIONES EN SALUD
--------	---

