



PERÚ

Ministerio de Salud

Memoria Sectorial





Memoria Sectorial



Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
Ministro de Salud

Dr. Percy Luis Minaya León
Viceministro de Salud Pública

Dr. Pedro Fidel Grillo Rojas
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Abg. Carlos Alberto Cavagnaro Pizarro
Secretario General

INDICE

1.	Organización de la entidad	4
1.1.	Diseño institucional.....	4
1.2.	Organigrama	1
2.	Evolución del presupuesto 2011-2016	2
3.	Principales obras realizadas por el Sector	6
4.	Políticas de carácter nacional y sectorial propuestas por el sector aprobadas.....	6
5.	Planes y estrategias nacionales o sectoriales que han sido aprobadas para implementar las políticas	8
6.	Principales logros alcanzados durante el periodo de gobierno 2011-2016.....	11
6.1.	Más protección de los derechos en salud.....	11
6.2.	Más peruanos y peruanas cuentan con un seguro de salud	13
6.3.	Más y mejores servicios de salud de calidad	16
6.4.	Avances en la Salud Pública	22
6.5.	Rectoría y mejora de la gestión pública	49
7.	Temas pendientes y recomendaciones.....	62
	ANEXO: Listado de normas emitidas	63

Introducción

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 en el marco de los compromisos nacionales e internacionales. 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.

La gestión del Ministerio de Salud en este periodo, ha recogido los elementos de un contexto de crecimiento favorable en el periodo de gestión, con una mayor inversión pública y privada, con vigilancia de la calidad de gasto hasta donde las reglas presupuestales lo permiten, con una Reforma de Salud en implementación, orientada a ampliar el acceso, a dar mayor protección al ciudadano y ciudadana y al ejercicio del derecho a contar con servicios de salud de calidad. Un sistema de salud más efectivo, con recursos humanos capacitados, con mejor infraestructura hospitalaria, con un primer nivel de atención fortalecido y con un Seguro Integral de Salud al acceso de todo peruano y peruana que lo necesite.

La implementación de la Reforma considera la formación de una red de servicios públicos para articular la oferta de intervenciones y servicios para concretar la protección en salud individual; revalorar al trabajador público de salud, a través de una política remunerativa que permita nivelar el componente principal de la remuneración de los trabajadores de la capital y de aquellos del interior del país. Asimismo, establece incentivos para el trabajo especializado, en áreas críticas, en la atención primaria, en zonas alejadas y de frontera, por responsabilidad de jefatura y desempeño adecuado.

La creación de una base institucional de afiliados a un seguro de salud (público y privado) está permitiendo un mejor control y monitoreo de la protección de los derechos en salud de la población. Así, la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD cuenta ahora con ése padrón nominativo de asegurados que es el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud. Finalmente y no menos importante, para el efectivo control de daños y riesgos en salud se establece una dimensión de protección en salud

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>

colectiva, que a su vez, en el tiempo, se espera reduzca la necesidad de atención de la salud individual, sobre todo en casos complicados por no haber sido atendidos oportunamente.

Estas dimensiones de política de protección están centradas en la persona y serán sostenibles a partir del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, la modernización del gobierno en salud y el financiamiento, elementos que hacen posible los arreglos institucionales, necesarios frente a un contexto de implementación del nuevo Reglamento de Organización y funciones del MINSA, aprobado en febrero de 2016. El fortalecimiento de este modelo de gobierno en salud frente a los complejos retos que enfrenta la sociedad peruana es también un desafío, que requiere continuidad.

Esta gestión, tal como se detalla en la presente Memoria Sectorial, puede mostrar tanto logros sanitarios, como logros 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. Por ejemplo, el Perú ha cumplido con los Objetivo de Desarrollo del Milenio de mortalidad infantil, mortalidad neonatal, desnutrición crónica infantil y tuberculosis. Quedan aún desafíos en la reducción de las brechas detrás de los promedios generales. Para ello, en el contexto socioeconómico, se requiere mantener la estabilidad macroeconómica, al mismo tiempo que continuar con la reducción de la pobreza y el mejoramiento del capital humano, con más y mejor infraestructura, y el fortaleciendo la rectoría y gobernabilidad, lo cual implica transparencia y mecanismos institucionales de rendición de cuentas.

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.

Un Estado que responda a las demandas crecientes, en una realidad que presenta aún brechas y desigualdades entre lo rural y lo urbano.

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia

Ministro de Salud

1. Organización de la entidad

1.1. 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.

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.

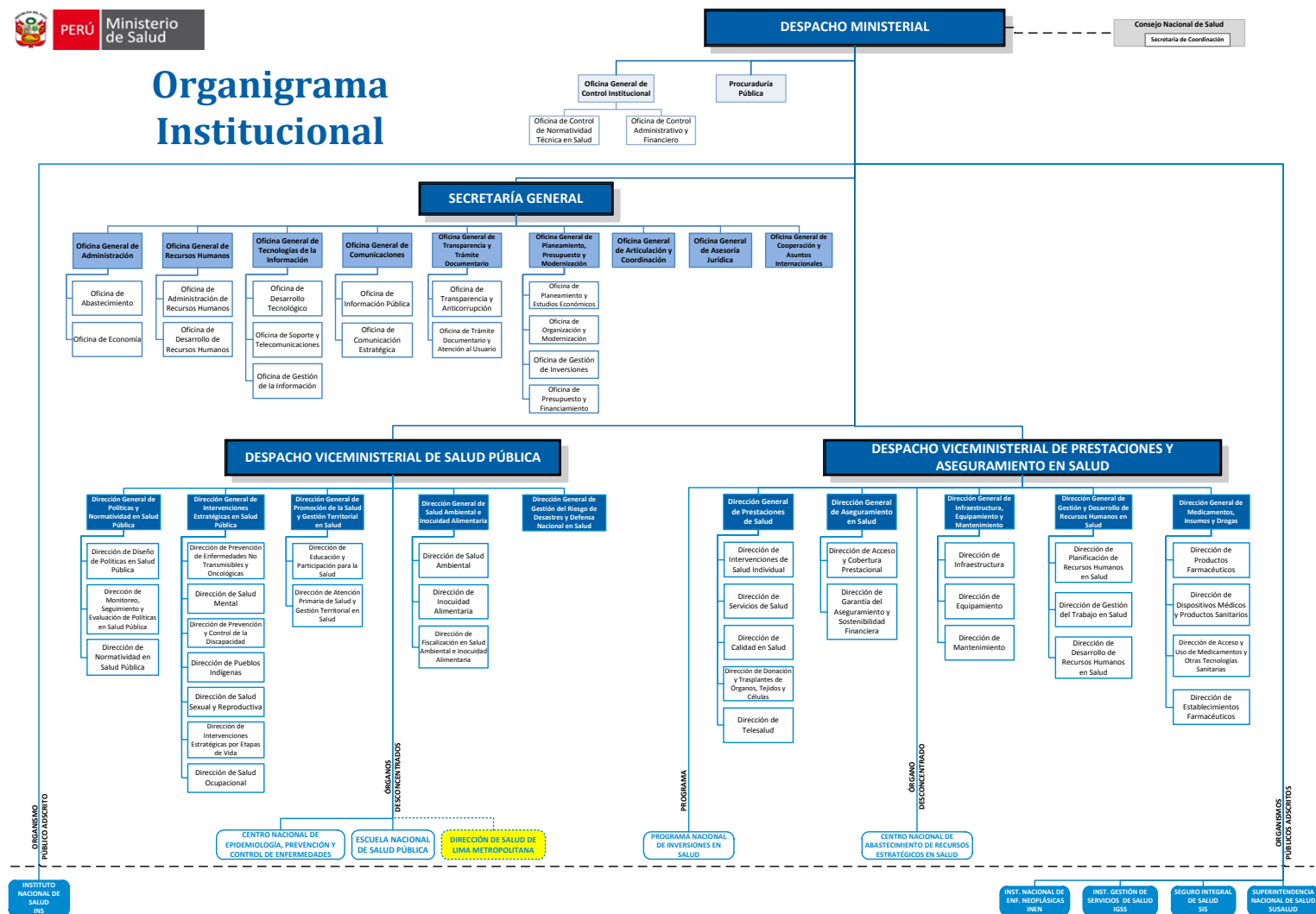
En ese sentido, el ROF ha tratado de expresar el reconocimiento del deber del Estado de garantizar la vigencia de los derechos fundamentales de la persona en el marco de lo dispuesto por los artículos 1° 7° 9° 10° y 44° de la Constitución Política.

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.

1.2. Organigrama



Organigrama Institucional



En el marco de lo expuesto, el Ministerio de Salud cuenta con los siguientes organismos públicos:

El Instituto Nacional de Salud (INS): Es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, creado en virtud del Artículo 33° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud³.

La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera. Cuenta con Procuraduría Pública propia perteneciente al Sistema de Defensa Jurídica del Estado. Tiene como función, entre otras, promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación.

El Seguro Integral de Salud (SIS), el DL N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, establece que el SIS se encuentra facultado para: a) Administrar los fondos de aseguramiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo del aseguramiento universal en salud. b) Administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud.

Constituye un Organismo Público Ejecutor⁴ y es un Pliego Presupuestario, el artículo 5 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA, establece que el SIS es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFA), cuya responsabilidad es la

³ Artículo vigente de acuerdo al DL N° 1161

⁴ De acuerdo al Decreto Supremo N° 034-2008-PCM que aprueba la clasificación de organismos públicos de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 29158, según la clasificación establecida por PCM el SIS es un Organismo Público Ejecutor.

administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Mediante la Ley N° 28748, se crea el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN, como organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo un pliego presupuestal. Asimismo, de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, el INEN tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del instituto.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en el marco del Decreto Legislativo N° 1167, es un organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud, que cuenta con personería jurídica de derecho público, autonomía funcional, administrativa, económica y financiera, en el marco de las políticas establecidas por el Ministerio de Salud, constituyendo un Pliego Presupuestal.

Conforme al artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1167, se dispone que el IGSS es competente para la gestión, operación y articulación de las prestaciones de servicios de salud pre hospitalarios a nivel nacional, y prestaciones de servicios de salud hospitalarios en los institutos Especializados y Hospitales Nacionales así como de las prestaciones de servicios de salud de los establecimiento de salud de Lima Metropolitana. Además, brinda asistencia técnica en la prestación de servicios de salud hospitalarios a los Gobiernos Regionales, articulando las prestaciones de salud en el ámbito nacional.

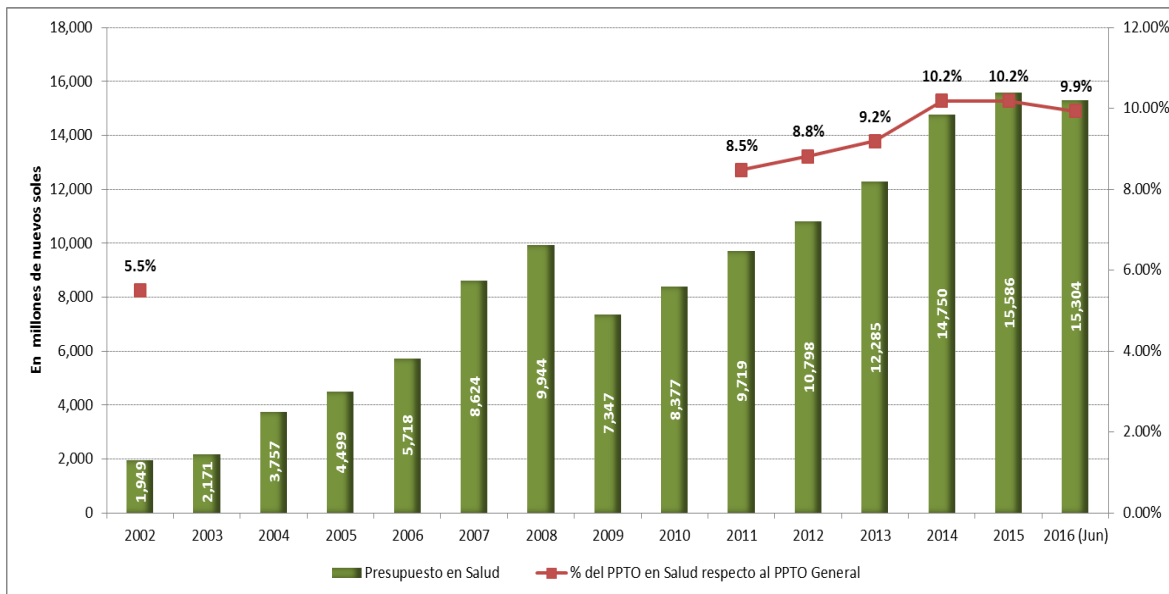
2. Evolución del presupuesto 2011-2016

Un primer elemento a destacar es el esfuerzo del Ministerio de salud para contar con mayores recursos del presupuesto público para el sector salud. Lo anterior se evidencia en términos del presupuesto público correspondiente a la Función Salud (MINSA, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales) la evolución desde el año 2002 de creación

del Seguro Integral de Salud (SIS); pasando por la puesta en marcha de los programas presupuestales denominados en ese entonces “presupuesto por resultados” el año 2009, hasta el año 2015 muestra un comportamiento ascendente.

Usando el PIM en una serie más amplia, el presupuesto público en salud ha ganado participación en el presupuesto general, pasando de 5.5% el 2002 a 9.9% el 2016, tal como se muestra en la Gráfica 1.

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



Expresado en términos porcentuales con relación al Producto Bruto Interno (PBI), el gasto en el sector Salud, que viene creciendo desde 2002, registró el mayor incremento entre el 2011 y 2016, pasando de 1,7% a 2,1% del PBI. Si bien este es un logro, solo nos coloca en la ruta correcta, pues el nivel logrado sigue siendo insuficiente comparado a los niveles de gasto de países vecinos y muy lejanos de lo alcanzado por países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Lo cual impide cerrar el déficit de oferta de servicios todavía subsistente.

En el mismo presupuesto en la Función Salud desagregado por nivel de gobierno (Nacional, regional y local) y expresado tanto en el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), Presupuesto Institucional Modificado (PIM) como presupuesto ejecutado (Devengado), también se verifica un incremento importante entre 2011-2015. El año 2016, el PIA y PIM son ligeramente menores al año 2015 y el presupuesto devengado corresponde al 30 de Junio del 2016.

Tabla 1: Presupuesto en la 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

Pasando específicamente al presupuesto correspondiente a los pliegos del Gobierno Nacional⁵ que incluyen al Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, el presupuesto ha tenido la siguiente evolución que se presenta en la Tabla 2.

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 hasta el 2015, año en el cual parte de su presupuesto se deriva a financiar el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), razón por la cual, el presupuesto del Pliego 11 M de Salud, que correspondía a 45% del presupuesto total al año 2011, representa el 22% a 2016 por la creación del IGSS que se hace cargo de la función de conducción de la prestación de servicios.

⁵ Se excluye el presupuesto del Gobierno Nacional de otros sectores como MIDIS, Educación entre los más importantes.

Tabla 2: 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

3. Principales obras realizadas por el Sector

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 2016-primer semestre 2017; y 265 establecimientos de salud que continuarán su ejecución en el periodo 2016-2021⁶. Este conjunto de obras resulta fundamental para el cierre de brechas.

Inversión en Salud

ESTADO*	HOSPITAL NACIONAL	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL PROVINCIAL	EE.SS. ESTRATEGICOS	CENTROS/PUESTOS DE SALUD	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

(*) Al 15/06/16

Fuente: OGI-OGPPM. Minsa, junio 2016

4. Políticas de carácter nacional y sectorial propuestas por el sector aprobadas

El Ministerio de Salud ha establecido los “Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud”⁷ - en adelante denominado Documento de Reforma- que busca mejorar el estado 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.

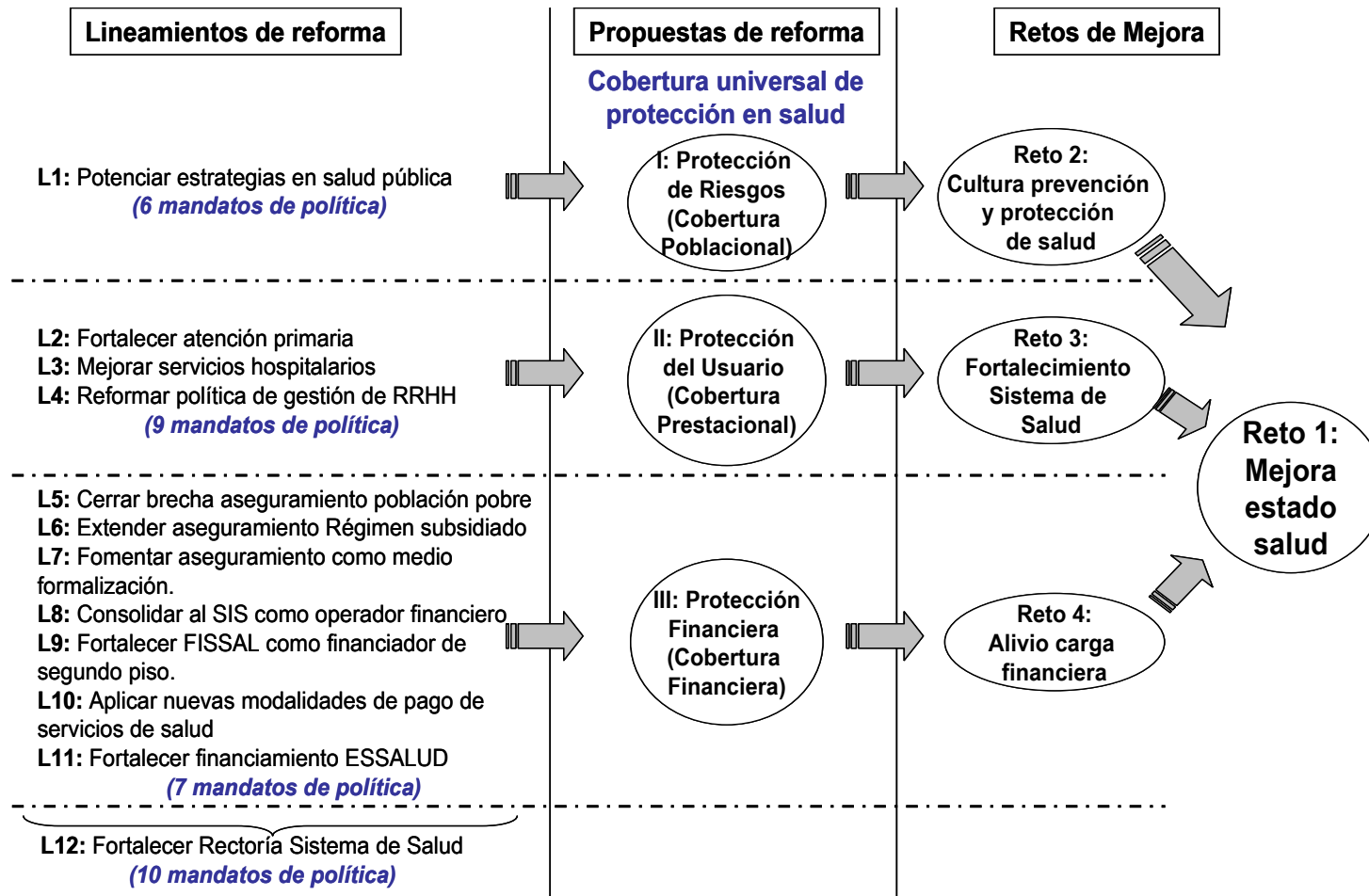
De la revisión del documento de reforma⁸ se plantearon 4 grandes Retos de mejora que se esperan alcanzar con las 3 Propuestas de Reforma, que se traducen en 12 Lineamientos de Reforma y cada uno de ellos por una o más Propuestas de Mandatos de Política, tal como se vinculan en el Gráfico 2..

⁶ Para ver el detalle de los 468 proyectos ftp://ftp2.minsa.gob.pe/comunicados/ogc/hospitales_junio_2016.pdf

⁷ Consejo Nacional de Salud. Documento Técnico: Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud. Julio 2013

⁸ Indicadores para el monitoreo y evaluación de la reforma del sector salud. S. Escobedo. BM, Marzo 2014.

Gráfico 4 Vinculación entre Lineamientos, Propuestas de Reforma y Retos de Mejora – Reforma del Sector Salud, MINSA 2013



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

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 (Ver Anexo: Listado de normas emitidas).

5. Planes y estrategias nacionales o sectoriales que han sido aprobadas para implementar las políticas

El marco de los compromisos nacionales está dado por el Acuerdo Nacional⁹ 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 Sostenibles¹⁰. 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:

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 su 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.

Ampliación de la cobertura de aseguramiento, para una mejor 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:

⁹ 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/>

¹⁰ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

- **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 2015.

Mejorar la atención de salud a través de la 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 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.

- **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.

Promoción y 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.

6. Principales logros alcanzados durante el periodo de gobierno 2011-2016

6.1. Más protección de los derechos en salud

SUSALUD, promueve, protege y defiende los derechos en salud de cada peruano y peruana, empoderándolo como el centro del sistema de salud, indistintamente del lugar donde se atienda o su condición de aseguramiento. Supervisa que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS), y las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas del país, sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad.

SUSALUD restituye el derecho a través de la fiscalización, propone medidas correctivas y tiene facultad sancionadora cuando corresponde. Todo ello, se traduce en acciones y resultados:

- Se han implementado siete Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud (JUS) en Lima, Ayacucho, Lambayeque, Cusco, Loreto, Arequipa y Callao fortaleciendo espacios de cooperación que permiten mejoras en los servicios de salud y contribuyan a incrementar el grado de confianza entre la ciudadanía y el Estado, orientando e informando a la ciudadanía.
- Se ha puesto en marcha la Plataforma de Atención al Usuario (PAU) para mejorar la calidad del servicio a los usuarios en salud. Cuenta con el módulo de Reclamaciones, que obliga a las entidades a contar con el Libro de Reclamaciones (D.S. N°042-2011-PCM).
- Se han resuelto más de 31 mil casos en los hospitales públicos de Lima Metropolitana, Ica y Ucayali en los últimos seis meses, poniendo a disposición el Programa de Delegados de SUSALUD. Cuenta con una herramienta de aplicación especializada de gestión de procesos.
- En los últimos tres años, se ha supervisado a más de 1,500 IPRESS e IAFAS, con enfoque de cumplimiento normativo, riesgo operacional y protección de derechos en salud.

- SUSALUD ha recibido la certificación de calidad ISO 9001:2008 por el Procedimiento Administrativo Sancionador - Fase de Instrucción y Resolución. Asimismo, entre el 2015-2016, se han iniciado 222 procesos Administrativos Sancionadores, de los cuales se resolvieron 76.
- Desde el año 2013, SUSALUD ha emitido 30 Normas de Regulación, entre ellas, la aprobación del Reglamento de Infracciones y Sanciones con el D.S. N°031-2014-SA. También, se ha realizado las modificaciones al Reglamento de Solvencia Patrimonial, Obligaciones Técnicas y Cobertura de Respaldo para IAFAS, aprobado por Resolución de Superintendencia N°020-2014-SUSALUD/S.
- Se han aprobado diversas normas: “Lineamientos de Buen Gobierno Corporativo para las IAFAS públicas” con Resolución de Superintendencia N°161-2015-SUSALUD/S y el Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del INDECOPI a SUSALUD.
- Se ha aprobado el Reglamento de la Ley N°29414, que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud D.S. N° 027-015-SA.
- Se ha creado la Intendencia Macro Regional SUSALUD Norte en Chiclayo, que atiende a la población de Lambayeque, Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad y Amazonas, realizan actividades de información, coordinación y participación local en salud, quejas y reclamos.
- Se ha implementado el Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) como mecanismo alternativo a la vía judicial. Cuenta con oficina CECONAR Norte, en Chiclayo.
- En el año 2015, el Registro Nominal de Afiliados de SUSALUD, permitió registrar a más de 25 millones de peruanos validando con RENIEC los DNI de aquellas personas que cuentan con algún tipo de seguro de salud.
- Se ha registrado más de 21 mil IPRESS a nivel nacional, mediante el Registro Nacional de Institución Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), con la finalidad que los ciudadanos se atiendan en establecimiento autorizados. Se desarrolló SUSALUD GPS, que permite capturar en el RENIPRESS con precisión satelital, la ubicación geográfica de cada IPRESS.
- Con la plataforma en línea ReSUELVE tu afiliación, se solucionó más de 55 mil casos de actualización del estado de afiliación de los ciudadanos en menos de 24 horas, permitiendo acceder a los servicios de salud bajo la cobertura.
- Se ha puesto en marcha el Sistema Electrónico de Transferencia de Información (SETI-IPRESS), con acceso a información sobre carga de enfermedad, perfil de las prestaciones asistenciales, consulta externa, emergencia, hospitalización atención de partos y cirugías.

- En convenio con el INEI, se realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, ENSUSALUD 2015. <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/239> para conocer las percepciones y necesidades de los usuarios médicos, enfermeras y personal directivo en las IPRESS. Aplica seis instrumentos, con más de 24 mil entrevistados. Algunos de los resultados más relevantes en relación a usuario interno:
 - El nivel de satisfacción del usuario es de 73,7% para el 2015, mayor a lo encontrado para el año 2014 que fue de 70,1%.
 - El 49,6% de usuarios entrevistados a nivel nacional, para el año 2015, espera más de 76 minutos para la atención en consultorio externo, seguido del 37,4% que espera hasta 50 minutos y el 12,8% entre 51 a 75 minutos.
 - El tiempo promedio de duración de la atención médica (desde que ingresa hasta que sale del consultorio) fue de 12,2 minutos para el año 2015, a diferencia del año 2014 que fue de 14,3 minutos.

6.2. Más peruanos y peruanas cuentan con un seguro de salud

El SIS se convierte en el mayor asegurador público del país

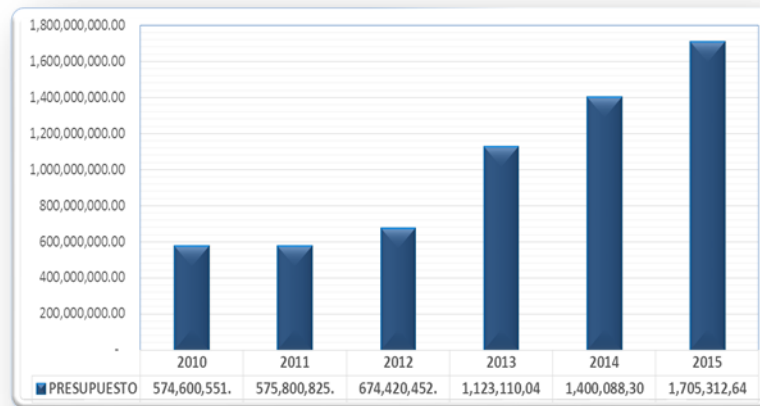
En el marco de la Reforma de Salud, el SIS¹¹ realiza un trabajo coordinado con SUSALUD, el MIDIS, el INPE, INABIF, RENIEC, entre otras instituciones, para que la protección social y el derecho a la salud sea una realidad principalmente para las personas en condiciones vulnerables¹² y para quienes se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

Destaca la consolidación del SIS y FISSAL como instrumentos de modulación del financiamiento de la protección poblacional en salud, con un incremento sostenido del presupuesto del Pliego SIS tomando como referencia el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de 575,800,825 soles en el año 2011 a 1,756, 278,819 soles en el año 2015, en concordancia con el incremento del número de asegurados que ha pasado de poco más de 12 millones a fines de 2010 a más de 16 millones al primer trimestre del año 2016.

¹¹ El SIS fue creado por Ley N°27657 en enero de 2002. Es un Organismo Público Ejecutor del Sector Salud según el DS N°058-2011-PCM y una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud como lo establece la Ley N°29344 Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento aprobado por DS N°008-2010-SA.

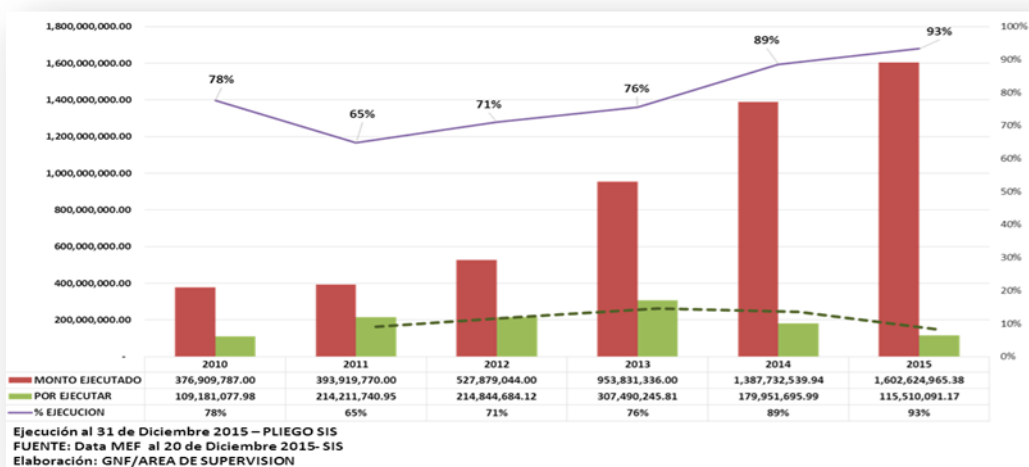
¹² Mediante la Ley N°30061 se dispone que los escolares de escuelas públicas del ámbito del Programa Qali Warma que no cuenten con otro seguro de salud sean incorporados al Régimen Subsidiado del SIS y el Decreto Legislativo N° 1164 que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al Régimen Subsidiado.

Evolución del Pliego SIS. Perú, 2010 - 2015



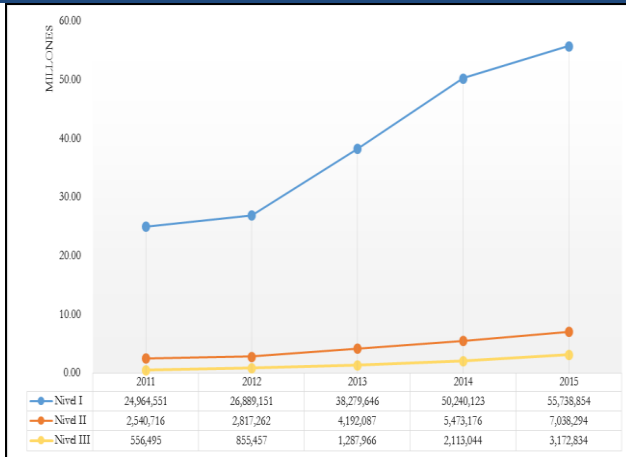
En relación a los niveles de ejecución se observa un incremento en la ejecución de las transferencias SIS de 65% en el año 2011 a 93% en el 2015, la más alta en los últimos cinco años.

Evolución de la ejecución de las transferencias SIS. Perú, 2010 - 2015

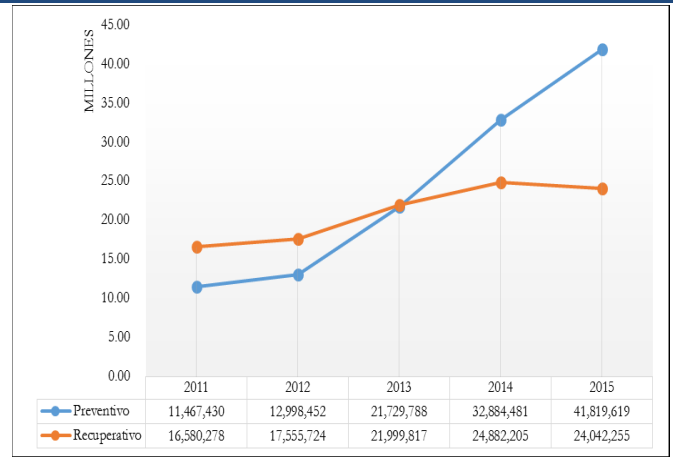


Igual tendencia se observa en la producción de prestaciones de salud que van de poco más de 28 millones financiadas en el año 2011 a 65.9 millones de atenciones financiadas en el año 2015, aumentando en más de 134%. Del mismo modo el primer nivel de atención ha aumentado de 24.9 millones a 55.7 millones de atenciones y el componente preventivo aumentó de 11.4 millones a 41.8 millones de atenciones, lo que representa un aumento de 264%.

Evolución de las Atenciones Financiadas SIS, según nivel de atención. SIS, Perú 2011 - 2015



Evolución de las Atenciones Financiadas SIS, según Recuperativas vs. Preventivas. SIS, Perú 2011 - 2015



En los gráficos anteriores se aprecia la evolución de las atenciones financiadas por el SIS hacia la atención primaria (primer nivel de atención) y hacia el componente preventivo. Esto obedece a estrategias desplegadas por el SIS y FISSAL, que han generado una mayor demanda de atenciones de salud en zona rural y en población más pobre cubriendo inclusive enfermedades de alto costo en el país y/o en el extranjero. Asimismo, con la suscripción de convenios con los gobiernos regionales bajo la modalidad de pago capitado se ha mejorado la equidad y eficiencia en la asignación y uso de recursos, y el condicionamiento hacia las actividades preventivas. Algunos resultados específicos:

- La afiliación de más de 2 millones de personas entre pobladores de zonas alto andinas y dispersas de la Amazonía con focalización geográfica, personas privadas de la libertad, niños residentes en albergues y personas en situación de calle, ya sea que cuenten o no con documento de identidad.
- La afiliación de aproximadamente 350 mil recién nacidos; 132 mil niños y niñas menores de 5 años y más de 3 millones de escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas del ámbito QaliWarma.
- Se cuenta con más de 450 mil contribuyentes al NRUS¹³ registrados en el SIS Emprendedor.
- El desafío es proteger a los asegurados con financiamiento suficiente que cubra su atención de salud integral, incluidos exámenes y medicamentos.
- Aumento de más de 134% atenciones financiadas entre el año 2011-2015, con importante crecimiento de la atención primaria y el componente preventivo.

¹³ Nuevo Régimen Único Simplificado

6.3. Más y mejores servicios de salud de calidad

Inversión en salud y planificación multianual concertada con los gobiernos regionales y locales

La protección financiera es insuficiente sin una oferta de servicios de salud de calidad. Con la Reforma de Salud se ha establecido una política de inversiones de largo plazo, ya que es un aspecto fundamental de la gestión. Se ha realizado una planificación multianual con una priorización concertada con los gobiernos regionales y locales. La inversión ha contemplado los gastos de operación, incluyendo el recurso humano, hasta el primer año de financiamiento. Esto ha permitido estimar un presupuesto de inversión pública para la función Salud del gobierno nacional, regional y local para el periodo 2011-2016 de más de 12 mil millones de soles, de los cuales se ha ejecutado al 15/06/16 por un monto superior a los 7 mil millones¹⁴.

La oferta de servicios de salud requiere adaptarse a los nuevos desafíos que enfrenta por el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, envejecimiento de la población y un mayor número de asegurados SIS, exigiendo una mejor capacidad de respuesta en todos los niveles de atención, con más y mejores establecimientos de salud. Por tanto desde una visión más estratégica se implementa una planificación multianual; intersectorial e intergubernamental que configura una política consensuada de inversiones, a través de la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud y los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud¹⁵.

Asimismo, se crea el Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS)¹⁶ del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, con la finalidad de ampliar y mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud y coadyuvar a cerrar las brechas en infraestructura y oferta de servicios para obtener las mejoras sanitarias, en cumplimiento de los lineamientos de la política nacional y sectorial. El PRONIS tiene ámbito nacional, regional y local a excepción de los proyectos de Essalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, e interviene a través de convenios.

¹⁴ Fuente amigable MEF. Junio 2016

¹⁵ Decreto Legislativo N°1157 de diciembre 2013.

¹⁶ Mediante el Decreto Supremo N°035-2014-SA

La incorporación de la inversión privada es una política de Estado, que ha promovido y regulado la participación del sector privado¹⁷ y la Ley de Promoción de la inversión privada en las empresas del Estado. El MINSA está implementando estas soluciones innovadoras orientadas a una mayor eficiencia y sostenibilidad del gasto, bajo el marco normativo existente. Se destaca el aval del Acuerdo Nacional en su Vigésimo Primera Política, respecto a la participación privada.

De mejoras remunerativas justas hacia una política meritocrática

En la gestión de recursos humanos, el proceso de implementación de una nueva política remunerativa, ha permitido nivelar el componente principal pensionable de la remuneración de los trabajadores del interior del país con los de Lima capital, eliminando históricas diferencias. Se otorgaron incentivos para el trabajo especializado en áreas críticas, en la atención primaria de salud, en zonas alejadas y de frontera, por responsabilidad de jefatura y por desempeño. Se ha impulsado una política destinada a dar estabilidad laboral a profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud, para asegurar la provisión permanente de servicios de salud especialmente en las zonas más alejadas del país.

Al año 2014 se han nombrado 7,892 servidores y al 2015 se espera nombrar a 8,553 más. Para el año 2016, se nombrará una cantidad similar hasta totalizar 24 mil servidores dedicados a la atención de salud con estabilidad laboral. Las plazas de profesionales que realizan su Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en las zonas rurales y alejadas del país se han incrementado de 7,121 en el 2011 a 9,100 al 2016, considerando las distintas profesiones de la salud. El personal que labora en los establecimientos públicos ha ido creciendo de 119,697 en el 2011 a 170,962 en el 2015. Para el 2016, se esperan 8,379 nombrados entre profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales¹⁸.

Oferta de plazas SERUMS 2008 – 2016

Año	Oferta
2008	5,116
2009	5,832

¹⁷ Decreto Legislativo 674 de setiembre 1991

¹⁸ Información proporcionada por OGRH. MINSA 2016

2010	5,956
2011	7,121
2012	7,646
2013	9,624
2014	9,124
2015	9,215
2016	9,100

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud. DGGDRH. MINSAL, 2016

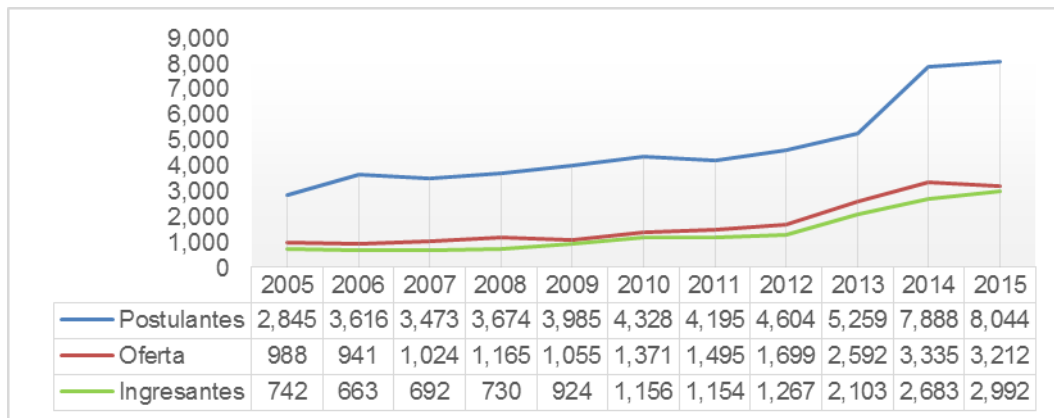
(*) El año 2016 es proyección.

**Oferta de plazas SERUMS por grupo profesional – instituciones – primer proceso
2016**

GRUPO PROFESIONAL	ESSALUD	MINSAL	SANIDAD FAP	SANIDAD MARINA	SANIDAD EJERCITO	SANIDAD PNP	TOTAL GENERAL
MEDICINA	123	1757	26	19	80	108	2113
OTRAS PROFESIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD	446	3522	13	19	0	86	4086
TOTAL	569	5279	39	38	80	194	6119

Las plazas de residentado médico para la formación de especialistas, han aumentado de 1,495 en 2011 a 3,212 en 2015 tanto en establecimientos de salud de MINSAL y gobiernos regionales, como de EsSalud, sanidades y privados.

Evolución de la oferta de plazas, postulantes e ingresantes al SINAREME¹⁹ Perú 2005 - 2015 a/ todas las instituciones y modalidades de postulación



Fuente: Página Web SINAREME (www.conareme.org.pe).

Elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - DGGDRH - MINSA

Todas las modalidades de postulación incluye: plazas libre, cautiva y destaque

Se están ofertando un total de 2,606 vacantes para la formación de médicos especialistas en el SINAREME, en la modalidad libre y cautiva para el Proceso de Admisión al Residentado Médico 2016-I. De 954 plazas modalidad libre y 554 plazas cautivas, se ha asignado el 48% a 21 Gobiernos Regionales. Las plazas modalidad cautiva permitirán que los médicos nombrados de los gobiernos regionales al término de la formación de segunda especialización retornen como especialistas, contribuyendo a disminuir el déficit existente en el país.

Más Salud acerca los servicios especializados a la población que más los necesita

Más Salud busca incrementar el acceso a las atenciones especializadas para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de condiciones incluidas en el PEAS y en los planes complementarios financiados por el SIS. Más Salud es un programa de desplazamiento de profesionales con equipamiento móvil, para reducir la brecha de atenciones especializadas en los establecimientos de salud, sobre todo en el primer nivel de atención y está dirigido a las poblaciones más pobres y vulnerables del país. Más Salud es un esfuerzo conjunto de los Viceministerios de Salud Pública y de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

¹⁹ SINAREME, Sistema Nacional de Residentado Médico

Antes	Ahora
Atención especializada en hospitales regionales con 5 a 6 especialidades.	Atención especializada en hospitales regionales con 20 especialidades médicas.
Evaluación pre-quirúrgica entre 10 a 15 días	Evaluación pre-quirúrgica en 24 horas.
Evaluación cardiológica (clínica, electro cardiograma, eco cardiograma de 21 a 30 días).	Evaluación cardiológica (clínica, electro cardiograma, eco cardiograma en 1 día)
Cirugía de vesícula por laparoscopia entre 0 a 6 por semana.	Cirugía de vesícula por laparoscopia entres 25 a 30 por semana.
Atenciones especializadas 1,500 por semana	Atenciones especializadas 5,500 por semana

Desde la creación del Plan Más Salud en 2015 (R.M. N°765-2014-MINSA) hasta el primer semestre de 2016, estos son sus principales resultados: 784,781 atenciones médicas especializadas²⁰; 213,651 procedimientos de diagnóstico y tratamiento; y 9,968 cirugías²¹. **Un total de 1,008,400 atenciones, procedimientos y cirugías.** Lo cual se traduce en **455,700 ciudadanos atendidos / 151,900 familias beneficiadas.**

El SAMU, salvando vidas

El Sistema de Atención Móvil de Urgencias, SAMU se crea mediante Decreto Supremo N° 017-2011-SA. Es un servicio médico integral que permite, especialmente a las personas de menores recursos, recibir asistencia frente a una urgencia o emergencia, en el lugar donde se encuentre de manera rápida, eficiente y gratuita, a través de una llamada a la central telefónica 106.

El SAMU en Lima Metropolitana cuenta con 38 ambulancias, las cuales brindan atenciones pre hospitalarias de urgencias y emergencias con soporte vital básico. El personal SAMU cuenta con acreditaciones internacionales en atención pre-hospitalaria: soporte básico de vida, avanzado de vida y trauma básico. Para el 2016 se ha previsto

²⁰ Más Salud, Atenciones médicas por especialidad: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, oftalmología, traumatología, cardiología, gastroenterología, dermatología, reumatología, psiquiatría, otorrinolaringología, infectología, alergología, medicina intensiva, entre otros.

²¹ Más Salud, cirugías: colecistectomía laparoscópica, hernioplastia, catarata, gineco-obstétricas, urológicas, oftalmológicas, generales, entre otras.

crear la red de prestaciones de servicios pre-hospitalarios con los gobiernos regionales a fin de articular e integrar el SAMU a nivel nacional.

En el periodo 2013–primer trimestre 2016 se han realizado 291,249 atenciones médicas telefónicas, lo que se traduce en: 240 atenciones médicas telefónicas por día; 159 traslados urgentes asistidos de pacientes graves por día. Asimismo, se han gestionado 208,379 referencias y contra referencias médicas; y se han solicitado 208,379 casos para traslado a hospitales de Lima.

Mayor acceso a medicamentos

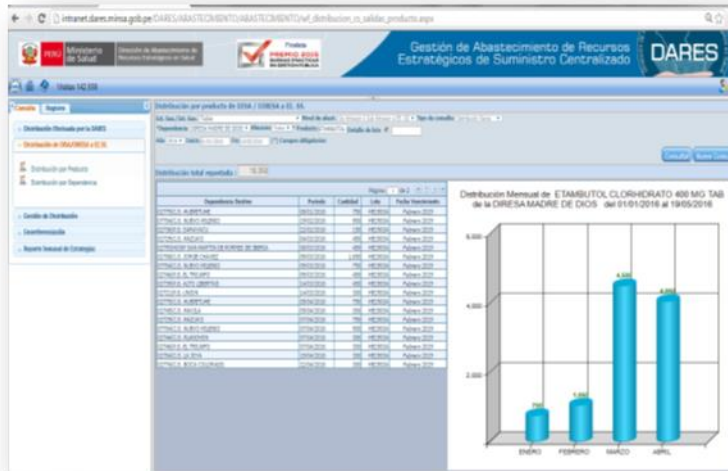
A partir de 2011 con la implementación de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES)²² se desarrolló un conjunto de procesos articulados de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de recursos estratégicos, gestionando de manera eficiente los recursos y el 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. Se señalan algunos resultados importantes:

- Entre 2011-2015 se han realizado compras corporativas sectoriales de medicamentos con los gobiernos regionales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, MINSAL, 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.
- 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 hacía los almacenes en tiempo real.

²² 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 MINSAL.

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

Distribución Medicamentos Almacén DIRESA hacia sus establecimientos de salud

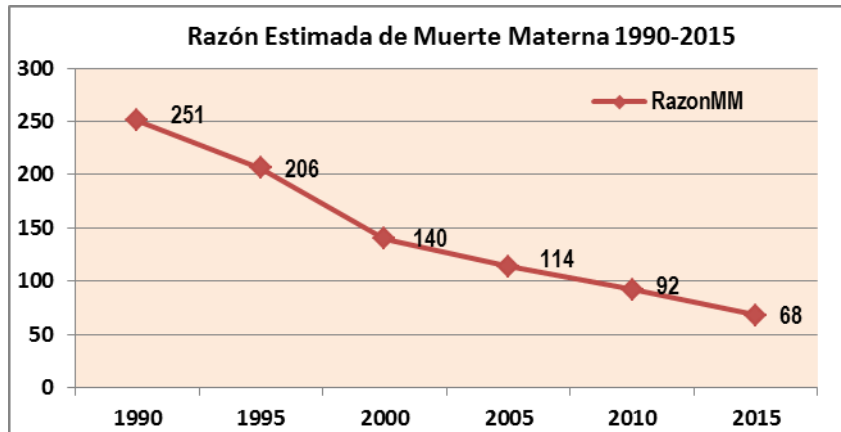


- La DARES quedó finalista en el concurso de Buenas Prácticas de Gestión Pública 2015, en el rubro Gestión de la Información de abastecimiento de los recursos estratégicos en Salud. CENARES en enero de 2016 ha obtenido la certificación de ISO 9001:2008 por los procesos de almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios no refrigerados, destinados a las dependencias de salud del ámbito nacional.

6.4. Avances en la Salud Pública

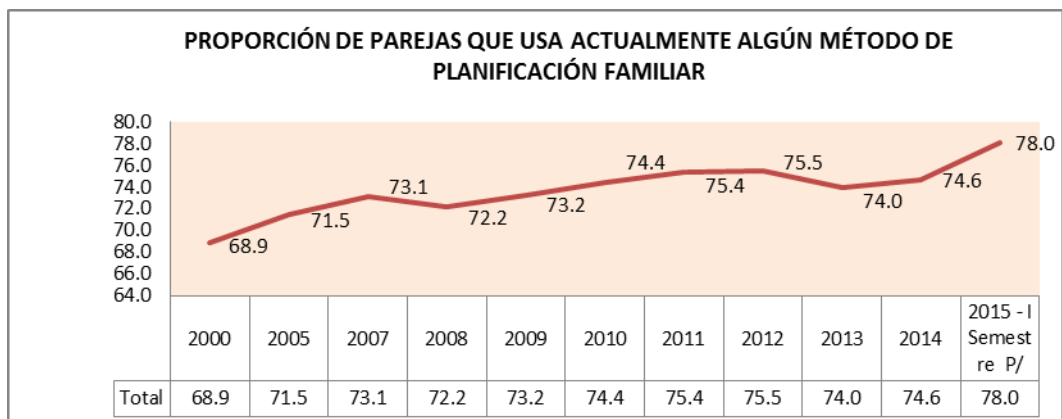
Según las estimaciones de la OMS, el Perú ha logrado alcanzar una razón de mortalidad materna de 68 por 100,000 nacidos vivos, muy cerca de alcanzar la meta del ODM establecida de 66.3 por 100,000 nacidos vivos. En estos últimos años, ésta ha descendido considerablemente en departamentos de mayor pobreza, tales como Huancavelica y Ayacucho²³.

²³ DGE/MINSA 2015 datos preliminares.



Fuente: INEI. ENDES y OMS Estimaciones 2015

La proporción de parejas protegidas aumentó de 75.4% en 2011 a 78% en 2015. La proporción de mujeres en unión que usa actualmente métodos anticonceptivos, se ha incrementado de 74.6 en el año 2014 a 78% en 2015²⁴. La ex Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, hoy Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, evalúa el indicador Número de Parejas protegidas con métodos anticonceptivos, que en 2015 observa un incremento de 67,428 parejas en relación al año 2014, protegiéndose a 1'054,491 mujeres en edad fértil.



Fuente: INEI. ENDES 2015

La proporción de gestantes que en el último nacimiento recibió su primer control prenatal, en el primer trimestre de gestación aumentó de 74.9% a 80.2% en el periodo 2011-2015. El indicador de gestantes que en el último nacimiento recibió 6 o más controles prenatales, aumentó igualmente, de 83.5% en 2011 a 88.9% en 2015²⁵.

²⁴ INEI. ENDES I Semestre 2015

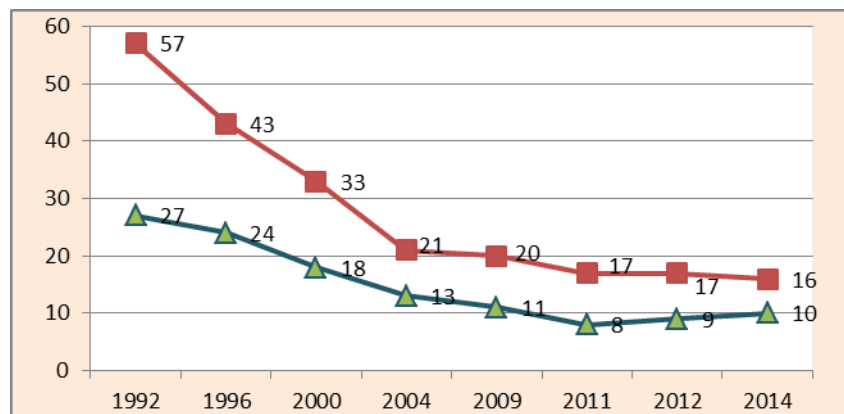
²⁵ INEI. ENDES 2015

La proporción de parto atendido por personal de salud en establecimientos de salud aumentó de 83.8% a 91.8% entre el 2011 y 2015 del mismo modo que la proporción de parto institucional del último nacimiento de gestantes procedentes del área rural que aumentó de manera importante de 64% a 77% en el mismo periodo. De otro lado, la proporción de nacimientos por cesárea de los últimos 5 años anteriores a la encuesta en el área rural aumentó de 8.2% en 2011 a 13.1% en 2015. La proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas aumentó también de 16.2% a 19% en el mismo periodo²⁶.

La respuesta del Estado a la mortalidad neonatal se ha traducido en un avance en los lineamientos de política, el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, la actualización de la normatividad sobre atención integral de salud materna y atención integral de salud neonatal y la adecuación cultural de los servicios de salud, entre otros.

La Tasa de Mortalidad Neonatal, de acuerdo a la ENDES 2014, es de 10 por mil nacidos vivos, lo que representa un estimado de 5,500 defunciones neonatales. De ellas, el sistema de vigilancia epidemiológica, a setiembre de 2015, registra aproximadamente el 44% de los casos que se estima ocurrirían en el año. Los datos que provee el INEI a través de la ENDES, muestran que en los últimos cuatro años, se ha producido un estancamiento en la reducción de la mortalidad.

**Evolución de tasa de mortalidad neonatal e infantil
Perú. 5 años previos a la encuesta ENDES 1992-2014**



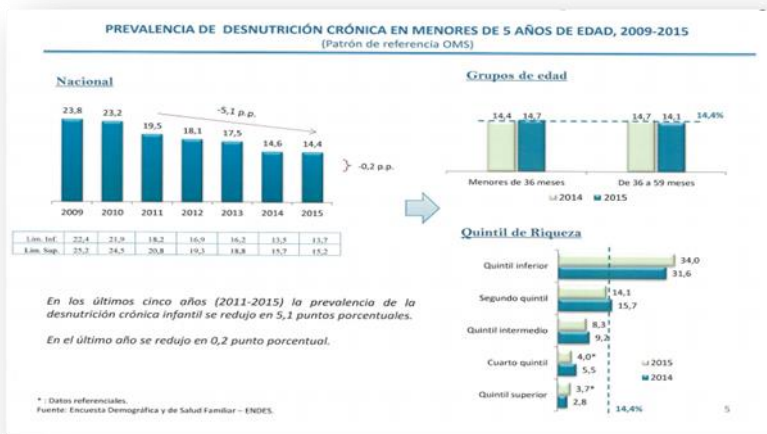
Fuente: INEI. ENDES 1992-2014. Elaboración: Estrategia SSR

MINSA.

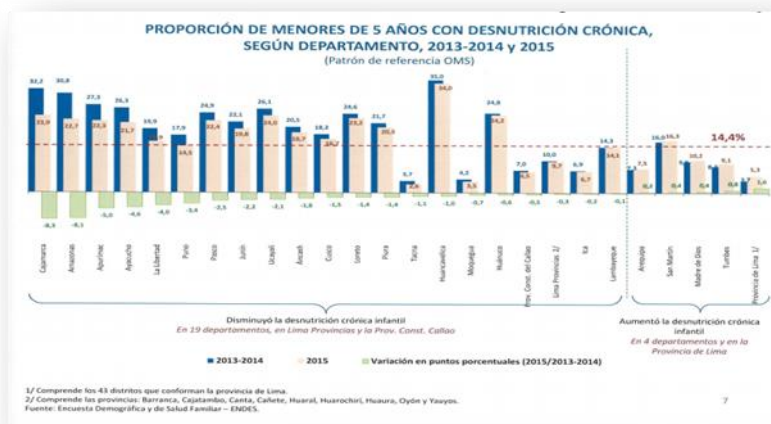
²⁶ INEI. ENDES 2015

La lucha contra la desnutrición crónica infantil es una política de Estado

Esta política ha trascendido a los gobiernos y los sectores. Uno de los programas presupuestales que financia las intervenciones para reducir la desnutrición es el Programa Articulado Nutricional (2,158 millones de soles el 2015), está mostrando mejoras en los principales indicadores de salud del país, en este caso, en la reducción de DCI en niños menores de 5 años en 14.4% que, en el periodo 2011-2015 se redujo en más de 5 puntos porcentuales (pp)²⁷ y en general, en el logro de aquellos ODM, tal como la reducción de la mortalidad infantil que se ubica en 17 x 1000 nacidos vivos.



La DCI se redujo en todo el país salvo en cuatro departamentos. Un mayor nivel de reducción, se produjo en niños y niñas pertenecientes al quintil de menores ingresos (2.4 pp), en el ámbito rural (1.1 pp) y en la Sierra del país (1.7 pp). Un desafío que aquí se presenta es poner el mismo esfuerzo en el ámbito urbano y particularmente en la provincia de Lima.



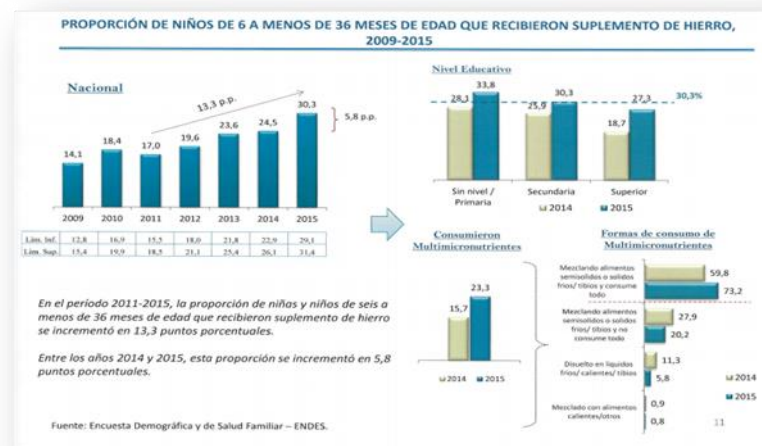
²⁷ INEI. ENDES 2015

Contribuyen a estos resultados, el incremento de la afiliación al SIS de niños y niñas, para acceder al paquete básico de intervenciones para reducir la DCI y el incremento del acceso al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo.

Otras estrategias y acciones también contribuyen al indicador. El fortalecimiento de la consejería nutricional a través de sesiones demostrativas de preparación de alimentos con la participación de 638,970 familias con niñas y niños de 6 a 36 meses a través de 42,598 sesiones demostrativas de preparación de alimentos y multimicronutrientes (MMN), alcanzaron una cobertura de meta del Plan DCI - Anemia de 73%²⁸ acompañados de la movilización social contra la DCI y la anemia en Lima Metropolitana.

La proporción de niños y niñas menores de 36 meses, que recibieron suplementos de hierro se incrementó en 5.8 pp, en el 2015 en relación al 2014. Este incremento se explica por el aumento en el consumo de MMN, cuya mayor proporción se registra en el ámbito rural (37.7%), en la Sierra (35.9%). Aun cuando es menor en la Selva (29.4%), se incrementó con respecto al año 2014 (25.9%)²⁹.

Durante el año 2015 se adquirió 235 millones de sobres de MMN para prevenir la anemia en el 80% de los niños y niñas entre 6-36 meses de edad, lográndose un abastecimiento continuo a 8,000 establecimientos del Ministerio de Salud, además de apoyar la provisión a niños usuarios de Essalud. Asimismo, la implementación del Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), iniciativa articulada MIDIS/MINSA está sirviendo de estímulo al cumplimiento de metas regionales, para asegurar el abastecimiento de MMN a los establecimientos de salud del país.



²⁸ Reportes Sistema HIS. Minsa

²⁹ INEI. ENDES 2015

La gestión municipal para el fortalecimiento de la identificación nominal de niños y niñas, a través del “Padrón Nominado”, contempla acciones de educación, monitoreo y promoción de la participación comunitaria, para contribuir en la reducción de la DCI.

La promoción de prácticas saludables para prevenir diarreas y neumonía en menores de 3 años ha permitido reducir la incidencia de EDA de 17.6% a 15.5% y de IRA de 17.8% a 16.3%, en el periodo 2011-2015, respectivamente. El incremento en las coberturas de vacunación ha permitido también que la proporción de menores de un año con vacunas contra neumococo y rotavirus se incremente en el mismo periodo³⁰. Estas dos vacunas previenen ambas enfermedades.

Las vacunas son el mejor escudo

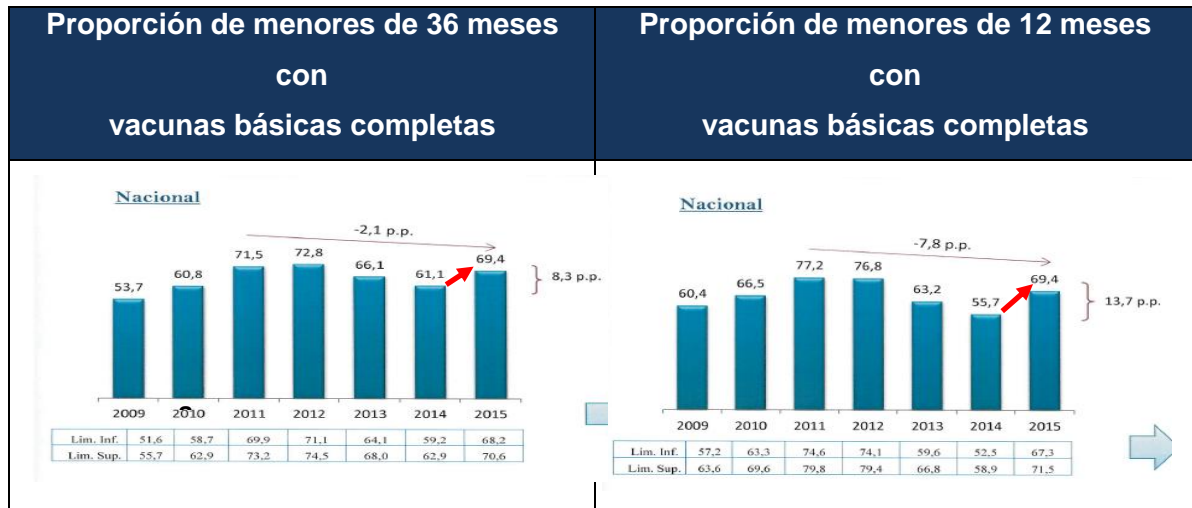
La vacunación es la intervención más costo efectiva en la prevención de enfermedades infecciosas prevenibles por vacuna. El esquema nacional del MINSA comprende 15 vacunas, contra más de 23 enfermedades y es considerado uno de los más completos de las Américas, trascendiendo de un programa de cuidado infantil a un programa de prevención integral de la familia. Representa una inversión del Estado que supera los 400 millones de soles anuales. El Perú es un país libre de reintroducción poliomielitis, de sarampión y desde el 2015, ha sido declarado por la OPS/OMS, país libre de rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Las vacunas se distribuyen y se aplican en todos los establecimientos de salud de manera gratuita, garantizado el acceso y el derecho a la protección de la salud, con énfasis en los menores de cinco años. Cuenta además con una red de cadena de frío, la más moderna de América Latina, que garantiza la conservación y calidad de las vacunas y su capacidad para introducir nuevas.

La vacunación ha contribuido de manera fundamental a la reducción de la morbilidad, la mortalidad infantil y la DCI y representa una prioridad política reflejada en el marco legal existente, en la asignación de recursos y en las políticas de inclusión. La vacunación infantil ha sido considerada como política de Estado en la lucha contra la desnutrición crónica infantil.

³⁰ INEI. ENDES 2015

Si bien en el periodo 2011-2015 la cobertura de vacunas básicas completas³¹ para su edad, en niñas y niños menores de 36 meses de edad disminuyó en 2,1 puntos porcentuales, entre los años 2014-2015, la cobertura aumentó en 8,3 puntos porcentuales. En la proporción de menores de 12 meses, entre 2014-2015 también aumentó en 13,7 puntos porcentuales.



En el periodo 2011-2015 la cobertura de vacuna contra el Rotavirus en menores de 12 meses se incrementó en 3,4 puntos porcentuales y la de Neumococo también se incrementó en 7,8 puntos porcentuales en el mismo periodo. Este incremento en las coberturas ha permitido también que la proporción de menores de un año con vacunas contra Neumococo se incremente de 74.4% a 82.2% y contra el Rotavirus de 77.5% a 80.9% en el mismo periodo³², vacunas que previenen ambas enfermedades y contribuyen a prevenir desnutrición crónica infantil.



³¹ Vacuna básica completa incluye 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT y 3 dosis

³² INEI. ENDES 2015

El Plan Esperanza es un referente en prevención y control de cáncer en América Latina

En el 2010, un equipo de trabajo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) diseñó el programa presupuestal (PP) en cáncer, convirtiéndose en el cuarto PP a cargo del sector salud. Inicialmente, se implementó en 10 regiones³³. El año 2011, se enfatizó las neoplasias de mayor incidencia y con mayor índice de mortalidad en la población peruana: cáncer de mama, cuello uterino, próstata, pulmón y estómago y se realizó un estudio para determinar la capacidad de la oferta de los establecimientos de salud.

En el año 2012, se declara de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento de acceso a servicios oncológicos en el país, implementado a través del Plan Esperanza (D.S. N°009-2012-SA) extendiéndose su implementación a todo el país. Es con el Plan Esperanza que la cobertura oncológica alcanza el 100%, comprendiendo la prevención y el tratamiento integral para todas las neoplasias (prevención, detección temprana y diagnóstico definitivo, tratamiento oncológico integral, cuidados paliativos y soporte complementario).

A partir del año 2009 se ha registrado un incremento en los recursos que el gobierno peruano ha destinado a la atención del cáncer, de 152 millones a 936 millones en el 2015, lo que representa un crecimiento promedio anual de 27.9% en el período y va de 2.25% del presupuesto público en salud en 2009 a representar el 6.01% en el 2015.



Fuente: MEF: Cubo de datos Power Play - 30 Jun. 2015; Consulta Amigable SIAF - 07 Abr. 2016.
Nota: Considera el Presupuesto del INEN más los presupuestos de los IREN'es más los recursos del Programa de Prevención y Control del Cáncer a nivel nacional por toda fuente de financiamiento.

³³ Las 10 regiones priorizadas en el 2011: Arequipa, Cuzco, Ica, Huancayo, Huánuco, Lima, Callao, La Libertad, Lambayeque y Piura

El gasto de bolsillo de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en condición de pobreza beneficiarios del Plan Esperanza, ha disminuido de 58.1% en el año 2009 a 5.1% a mayo de 2016 y la población SIS que recibe la cobertura oncológica gratuita se ha incrementado de 17.20% en el año 2009 a 69.80 % en el mismo periodo.

Mediante R.M. N°229-2013/MINSA se designa como responsable técnico del PP a la ex Dirección General de Salud de las Personas, actual Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública (DGIESP) con una oferta de servicios oncológicos de: promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadiaje, tratamiento y cuidado paliativo³⁴. En el periodo 2012-2016 se han obtenido los siguientes resultados:

El financiamiento de las enfermedades de alto costo y el aseguramiento de la población más vulnerable ha permitido atender a 243,960 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer, y brindar 1,012,011 atenciones en el periodo 2012-marzo de 2016, tal como se detalla en las siguientes tablas.

Total de atendidos con cáncer por el SIS – FISSAL. 2012 - 2015

Año	2012	2013	2014	2015	2016	Total
FISSAL*	7,901	16,665	16,885	27,209	13,275	81,935
SIS**	17,458	34,900	41,893	51,601	16,173	162,025
Total	25,359	51,565	58,778	78,810	29,448	243,960

Fuente: Base de datos Central (Fecha de consulta: 22/03/2016). Elaboración GREP.
Elaborado por fecha de atención (31-12-2015).

(*) Actualizado desde producción FISSAL 2012-08 hasta 2015-12 (Fecha de consulta: 21/03/2016) <http://www.fissal.gob.pe:85/General/Atendidos>

(**) Información generada por Unidad Ejecutora SIS de todas las neoplasias cubiertas excepto las de FISSAL

³⁴ La responsabilidad técnica del PP0024 Prevención y Control de cáncer, depende de la Dirección de Prevención de Enfermedades No Trasmisibles y Oncológicas de la DGIESP (R.M. N°237-2016/MINSA).

Total de atenciones con cáncer por SIS – FISSAL. 2012 – 2015

Año	2012	2013	2014	2015	2016	Total
FISSAL *	17,847	87,767	76,760	215,147	47,899	445,420
SIS**	54,757	117,098	152,982	202,879	38,875	566,591
Total	72,604	204,865	229,742	418,026	86,774	1,012,011

Fuente: Base de datos SIS Central (Fecha de consulta: 02/02/2016). Elaboración GREP. Elaborado por fecha de atención (30-11-2015).

(*) Actualizado desde producción FISSAL 2012-08 hasta 2015-12 (Fecha de consulta: 21/03/2016) <http://www.fissal.gob.pe:85/General/Atenciones>

(**) Unidad Ejecutora SIS de todas las neoplasias cubiertas excepto las de FISSAL

En los casos de leucemia que demandaron trasplante de medula ósea³⁵, como parte de tratamiento, entre 2012 – marzo de 2016 se realizaron 113 trasplantes de los cuales 26 en el extranjero, vía convenio SIS – FISSAL con los hospitales Jackson Memorial y Sloan Kettering de los Estados Unidos, asumiendo la totalidad de los gastos; y 87 casos trasplantes en el INSN San Borja y el INEN.

En el periodo 2012 – marzo de 2016 se han realizado, entre otras actividades de prevención y tamizaje en los grupos de población objetivo más de 13 millones de consejerías, cerca de 2 millones de pruebas de Papanicolaou, cerca de un millón de exámenes de mama, tal como se aprecia en la tabla siguiente:

Actividades	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Consejería de cáncer (18 a más años)	1,292,356	2,564,654	3,507,334	4,490,964	1,933,957	13,789,265
Mamografía (50-64 años)	677	2,194	3,695	5,276	1,296	13,138
Examen Clínico de Mama (40-60 años)	157,232	186,722	238,463	295,086	70,089	947,592
Examen de Papanicolaou (25-64 años)	411,204	494,729	646,405	799,063	167,220	2,518,621
Inspección Visual con Ácido Acético (30-49 años)	19,528	65,695	100,823	124,265	24,917	335,228
Endoscopía digestiva alta (45-65 años)	5,453	10,174	11,038	14,793	3,204	44,662
Examen de próstata (55-69 años)	1,344	3,304	4,527	6,041	1,037	16,253
Resultados de PSA (55-69 años)	1,152	2,843	3,983	4,721	849	13,548
Biopsia (Gástrica - Prostática)	2,242	5,686	7,620	15,206	3,288	34,042

Fuente: HIS - OGEI – MINSa

³⁵ Trasplante autólogo, alogénico emparentado, alogénico no emparentado

Una de las estrategias innovadoras en marcha desde 2013 es Esperanza móvil, un servicio gratuito itinerante que complementa a los establecimientos de salud fijos con la atención de tamizaje y detección temprana de cáncer de mama, cuello uterino, próstata y piel a través de una unidad móvil que se desplaza a lugares cercanos a la población (parques, plazas, losas deportivas, mercados), donde habitualmente no hay acceso a los servicios de salud. Entre 2013-2016, el SIS ha reportado 31,332 tamizajes a través de servicio móvil en Lima, Ica, Piura, Pasco y Arequipa.

Bienvenidos a la Vida

El Plan Nacional Bienvenidos a la Vida, es aprobado con R.M. N°997-2014/MINSA, para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad neonatal evitable en la población del Quintil 1 y Quintil 2. Su ámbito alcanza a 154 establecimientos de salud de 63 Redes de Salud en 19 regiones priorizadas. Se ha considerado la inclusión de hospitales II-1, II-2 y II-E, de acuerdo a lo dispuesto en la modificatoria³⁶ del ámbito de intervención del Plan Bienvenidos a la Vida, que incluye Lima Metropolitana. Para cumplir con ello:

- Se han conformado 74 Consejeros en Lactancia Materna mediante el Curso Virtual y Taller presencial en 10 regiones; se cuenta con 102 Reanimadores Certificados por la Sociedad de Pediatría en 19 regiones y Lima; 12 instructores en Metodología Ayudando a Respirar al Bebe han sido certificados por la Academia Americana de Pediatría; y más de 1000 profesionales de la salud de 19 regiones, han sido capacitados en diversos tópicos de la salud neonatal.
- Asimismo, se ha suscrito Convenio Inter-Institucional del Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé con hospitales regionales, para implementar el tamizaje neonatal, en seis regiones.
- Para la implementación del Registro del Certificado de Nacido Vivo, se ha distribuido 150 computadoras e impresoras a las DIRESA hacia sus establecimientos de salud.
- Se han realizado tres talleres para la Elaboración de Proyectos de Inversión Pública (PIP) en Salud Neonatal, con la participación de 92 profesionales de ocho regiones; producto de ello se han formulado 126 PIP en 13 regiones; orientados al mejoramiento de los servicios de la sala de partos, atención del RN y alojamiento conjunto. Se encuentran en fase de pre inversión, por un monto a transferirse de más de 47 millones de soles.
- Para el cuidado del recién nacido y de la madre se han confeccionado cajas cuna conteniendo: caja cuna, colchón, material de abrigo tales como ajuar, pantalón,

³⁶ Aprobada con R.M. N°286 -2015/MINSA, de fecha 8 de mayo de 2015.

camiseta, manta polar, y material de aseo de la madre y del recién nacido así como material de estimulación, de acuerdo a patrones culturales.

- Se han distribuido cerca de 26 mil cajas cuna y kits a 191 establecimientos de salud priorizados y se ha monitoreado, en vivienda, el uso de éstos al 98% de familias beneficiadas. A julio de 2016 se espera distribuir 33,403 kit.

REGIÓN	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Nº KITS DISTRIBUIDOS
SIERRA		
Apurímac	4	799
Ayacucho	10	978
Cajamarca	7	1559
Cusco	4	672
Huancavelica	3	587
Huánuco	5	1001
Junín	15	1575
Pasco	3	609
Puno	21	1590
Sub Total	72	9370
SELVA		
Amazonas	4	834
Loreto	3	2277
Madre de Dios	2	882
San Martín	8	2040
Ucayali	2	951
Sub Total	19	6984
COSTA		
Ancash	26	2499
Arequipa	3	573
La Libertad	21	2808
Lambayeque	12	1362
Piura	17	1809
Lima	21	579
Sub Total	100	9630
TOTAL GENERAL	191	25984

La promoción de una vida saludable

Promoción de la Salud y Gestión Territorial procura generar prácticas y estilos de vida saludables así como entornos saludables, mediante acciones interinstitucionales en todos los niveles y la participación ciudadana para la gestión de los determinantes sociales de la salud. Tiene dos áreas clave Participación y Educación para la Salud y Atención Primaria de Salud y Gestión Territorial. En los últimos años, Promoción de la Salud ha puesto énfasis en la normativa necesaria:

En Promoción de Lactancia Materna

- Directiva Administrativa para la Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño (R.M. N°609-2014/MINSA), como medida promotora de la lactancia materna, para contribuir a reducir la morbi mortalidad infantil y su desarrollo integral.
- Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa (R.M. N°260-2014/MINSA).
- Guía técnica para la Consejería en Lactancia Materna (R.M. N°462-2015/MINSA).
- Diagnóstico, identificación y propuesta de la tipificación de infracciones al reglamento de alimentación infantil, en tanto secretaría técnica (R.M. N°959-2014/MINSA), lo cual servirá para el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.
- Se ha aprobado el reglamento interno (R.M. N°722-2015/MINSA) de la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, presidida por MINSA.
- Se ha cumplido con el D.S. N°009-2006-MIMDES, al supervisar la instalación y funcionamiento de los lactarios institucionales en las organizaciones públicas y privadas.
- Se cuenta con 1,664 Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria para el Cuidado de la Madre y el Niño, que beneficia a más de 22 mil gestantes y más de 74 mil madres con niños menores de 36 meses de edad en distritos pobres y extremadamente pobres a nivel nacional, bajo responsabilidad de operación por los gobiernos locales, lo cual ha merecido el reconocimiento de Buena Práctica en Gestión Pública 2015 y se cuenta con la nominación para 2016.

En Alimentación Saludable

- Se ha emitido el D.S. N°007-2015-SA que establece los parámetros técnicos sobre los alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas referentes al contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas.
- Con R.M. N°908-2012/MINSA se alcanza la Lista de Alimentos Saludables Recomendados para su expendio en los quioscos escolares de las instituciones educativas.
- Con R.M. N°161-2015/MINSA se aprueba la Directiva Sanitaria N°063-MINSA/DGPS.V.01 para la Promoción de Quioscos y Comedores Escolares Saludables en instituciones educativas, que establece sus características y requerimientos.
- Mediante R.M. N°958-2012/MINSA, se aprueba el Documento Técnico Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para la Población Materna e Infantil.
- El MINSA forma parte de la Comisión multisectorial creada con R.S. N°210-2013-PCM, presidida por PCM, que propone el proyecto de reglamento de la Ley N°30021. A la fecha se cuenta con una versión preliminar para su pre publicación a cargo de PCM.
- Promoción de la Salud cumple un rol importante en el Plan de Salud Escolar 2013-2016 que fomenta una cultura de salud en la población escolar, basada en estilos de vida saludables, detectar y atender de manera oportuna los riesgos y daños. Desarrolla los ejes de actividad física, alimentación saludable (e higiene). Cuenta con una guía de alimentación saludable intersectorial para niños, niñas y adolescentes, cuyos contenidos serían incorporados en la currícula educativa, en trabajo coordinado con el MINEDU.

En las intervenciones contra el Tabaco

- Mediante el D.S. N°112-2016-EF se ha incrementado el impuesto selectivo al consumo de (cigarrillos) tabaco, de S/.0.07 a S/.0.18 NS por cigarrillo, lo cual representa más del 100% de incremento del impuesto.
- En el 2012 se emitió opinión favorable a los dictámenes de modificación de la Ley N°28705, en relación a espacios libres de humo de tabaco (destinados a actividades deportivas, lúdico recreativas con niños; y a la prohibición de exhibición, publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.
- Con el análisis inicial de la situación, los desafíos y las posibles necesidades de implementación en el país (Convenio Marco para la Prevención y Control de Tabaco-CMCT) en abril de 2013, el MINSA presentó el Informe Final de Evaluación de las Necesidades de País a la Secretaria en Ginebra. Entre 2015-2016 el MINSA publicó y

socializó dicho Informe, producto de lo cual se cuenta con una agenda de reuniones y compromisos con los sectores vinculados con la implementación de las mejoras y se realizó el foro “legislación para Implementar el CMCT: Ambientes Libres sin Humo de Tabaco y Prohibición de la Publicidad” dirigido a congresistas, asesores, autoridades y público en general.

- En proceso de opinión para el levantamiento de las observaciones de los sectores al Protocolo de Comercio Ilícito, que establecer mecanismos y estrategias para afrontar el comercio ilícito del tabaco y sus derivados, en concordancia con el CMCT.

En la Actividad Física

- Con RM N° 209-2015/MINSA se aprueba el Documento Técnico: Gestión para la Promoción de la actividad física para la Salud.
- En agosto de 2010 se constituye la Red Nacional para la Promoción de la Actividad Física *Actívate – Perú*. En el 2011, se constituye el Comité Ejecutivo. Entre 2013-2015 ya existen 13 redes regionales que promueven actividad física, en: Cusco, Ayacucho, Loreto, Apurímac, La Libertad, Huánuco, Tumbes, Pasco, Ucayali, Moquegua, Puno, Huancavelica y Tacna.
- En Tacna, se suscribe el Acuerdo Binacional para promover la actividad física entre el MINSA - Perú, MINSAL –Chile y la DIRESA, actividad realizada en julio de 2015, en el marco de la VI Reunión Nacional de la Red Nacional para la Promoción de la Actividad Física.
- Personal de salud de las 25 DIRESA y dos Direcciones de Salud de Lima han sido capacitadas para el seguimiento y evaluación de las metas 18/28 del Plan de Incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal 2015; así como 554 representantes de municipalidades del país, a través de talleres macro regionales en Chiclayo, Lima, Huancayo, Ica.
- Entre 2012-2015, 230 ciclo vías se encuentran activas por lo menos en un distrito de las 25 regiones del país, tal como lo señala el plan de incentivos. Al 2016 se encuentran funcionando: Lima Metropolitana: Lima, San Borja, Lince, Jesús María, Miraflores, y con programa parques activos: Comas, Independencia, Surco, La Victoria, Magdalena, San Isidro, San Luis, Puente Piedra. De manera no periódica en: Arequipa: Cerro Colorado, Ica: San Jose de los Molinos, La Libertad: Chepén y Trujillo, San Martín: Tarapoto, Puno: Puno y Huánuco: Amarilis
- Una Ordenanza Regional de Huancavelica y 07 Ordenanzas Municipales de Amarilis-Huánuco, Ica, Nazca, Pachacutec, San Jose de los Molinos-Ica, Cerro Colorado- Ica, Chepén-La Libertad han sido emitidas para la promoción de la actividad física y

sostenibilidad del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos y transporte no motorizado.

La escuela, un centro de promoción de la salud

Las estrategias de promoción de una vida saludable son fundamentales. Con la promulgación de la Ley N°30061 de julio de 2013, de Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes se declara de interés nacional la atención integral de salud de los escolares de educación básica regular de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como afiliados al SIS. Los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo e Inclusión Social conformaron la Iniciativa Intersectorial Aprende Saludable, para contribuir a generar oportunidades para el desarrollo de capacidades de los escolares, para el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Con DS N°010-2013-SA de agosto de 2013, se aprueba el Plan de Salud Escolar (PSE) 2013–2016, para desarrollar una cultura de salud basada en estilos de vida y entornos saludables, así como para detectar y atender de manera oportuna los riesgos y daños relacionados al proceso de aprendizaje.

Con ello, cerca de 3 millones de escolares de educación inicial y primaria están afiliados al SIS, protegiéndolos, mediante la evaluación integral de su salud: estado nutricional, hemoglobina; tamizaje y aplicación de vacunas (DT-Difteria – tétanos, hepatitis B y VPH-Virus de Papiloma Humano); tamizaje de agudeza visual, evaluación especializada y entrega de lentes correctores; examen estomatológico, higiene, fluorización y curación de piezas dentarias.

Asimismo, el PSE fomenta el autocuidado de la salud a través de la promoción de prácticas y entornos saludables en alimentación, higiene, actividad física y convivencia saludable, a fin de lograr un desarrollo adecuado e integral de las capacidades de los escolares; 2'012,056 de escolares han recibido evaluación nutricional; 274.126 han recibido tamizaje bucal y 1'564,876 de hemoglobina. Se ha tamizado 1'697,464 de escolares en agudeza visual.

Entre 2014-2015, el PSE ha entregado 21,415 lentes correctores. Además, se ha capacitado en convivencia saludable, higiene, alimentación saludable, actividad física, entre otros, a 6,965 personal de salud; 60,326 docentes y 11,197 APAFA han sido

fortalecidos. Finalmente, se cuenta con 2,054 Kioscos escolares: con logro inicial 1,358; en proceso 571 y saludable 125.

Durante el año 2015, el PSE ha incorporado a 17,500 escolares de secundaria de los poblados altos amazónicos de Huánuco, Junín, Loreto y Pasco, quienes recibirán el mismo paquete de atención del nivel primario. De igual modo, en la evaluación integral se ha adicionado el tamizaje de salud mental brindando consejería a los padres de familia en 62 instituciones educativas pilotos de: Arequipa, Apurímac, La Libertad, Moquegua, Ucayali, Lima Sur y Callao, beneficiando a 13,744 escolares de inicial y primaria.

Además, se impulsa la práctica deportiva y el auto cuidado de la salud. Se ha suscrito el Acuerdo Binacional para promover la actividad física entre el Ministerio de Salud del Perú y su contraparte de Ecuador. Asimismo, 500 mil personas se benefician con el Programa de Promoción de la Actividad Física, el mismo que incluye 200 ciclo vías, con un programa de 300 Kilómetros de espacios públicos seguros. A diciembre 2015 se cuenta con 13 redes regionales que promueven actividad física, en el marco de la red nacional *Actívate Perú*.

Unidos contra la Tuberculosis y el VIH/SIDA

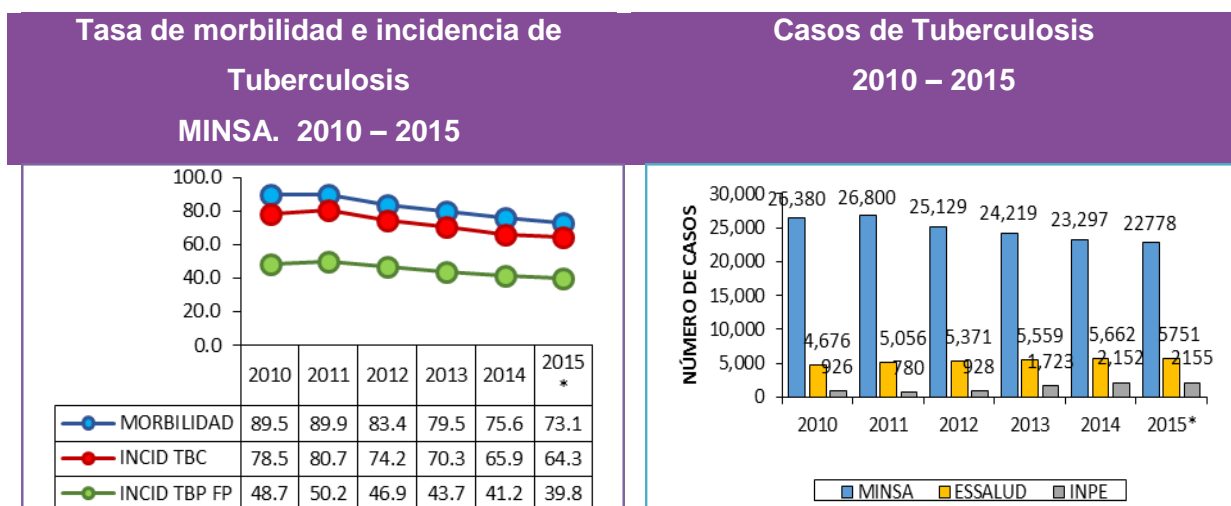
El país ha cumplido con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6c:

- ✓ Disminuir la tasa de incidencia de Tuberculosis al 2015. De 60 en el año 1990 a 29.1/23 (incidencia estimada, incidencia notificada).
- ✓ Reducir los casos nuevos de Tuberculosis con respecto a los años 1990. El país redujo el 52% de los casos: de 52,715 a 27, 412.
- ✓ Disminuir la prevalencia y mortalidad de Tuberculosis en 50% en el 2015 respecto a 1990. Se redujo los casos, de 62,000 a 31,000 casos. Respecto a personas fallecidas, se redujo en un 74%, de 2,931 a 1,237.

En la última década, la coordinación del MINSA con diversas instituciones públicas y privadas viene sumando esfuerzos en la prevención y control de la Tuberculosis (TB) y las infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA. Resultado de ello, se están mostrando mejoras en la oferta de servicios para prevenir y aumentar su impacto en la salud de la población más vulnerable.

Disminución de la tasa de incidencia 2011-2015: 16.4 x 100,000 habitantes. En los establecimientos del MINSA, la incidencia de TB ha disminuido de 80.7% en el año 2011 a 64.3% en el 2015. Si bien se muestra una tendencia sostenida a la reducción, hay una ligera desaceleración en el último año, debido a una mejor búsqueda de sintomáticos respiratorios. En cuanto a la tasa de morbilidad se redujo de manera importante de 89.9% en el año 2011 a 73.1% en el 2015.

Callao, Madre de Dios, Lima, Ucayali, Loreto y Tacna presentan en 2015-2016 las tasas más altas de incidencia de TB en todas sus formas. Para enfrentar esta situación sobre todo en Lima y Callao, se está implementando un Plan de Emergencia 2015-2017, con un presupuesto estimado de 113 millones de soles (RM N°193-2015/MINSA). Respecto al número de casos de TB en el periodo, 4,022 casos nuevos de Tuberculosis se han evitado respecto al año 2011, es decir 15% menos.



Información preliminar. Fuente: ESNPCT /DGIESP. MINSA, marzo 2016

En relación a TB XDR, se ha incrementado la tasa de curación de 22.2 % a 66.6 % de los casos; se ha reducido la tasa de fallecidos de TB XDR de 50% a 23.5% de casos; se ha reducido la tasa de abandonos de 22.2% a 3.9% de casos. La tasa de curación en el Perú es mayor que lo reportado a nivel mundial.

Asimismo, se ha incrementado la detección de casos de TB MDR/XDR en 90%, en menor tiempo con un mayor acceso a pruebas sensibles rápidas (PSR), se ha fortalecido

laboratorios y se ha implementado el manejo programático de la TBX DR con la activación de 10 Unidades Especializadas y con el financiamiento de cinco nuevos medicamentos de vanguardia. Además, se ha actualizado la Norma Nacional de Prevención y Control de la TB, con esquemas de vanguardia.

Impacto de la Ley N°30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú	Impacto de la aplicación del Reglamento (D.S. N°021-2016-SA)
<ul style="list-style-type: none"> - Interés nacional la lucha contra la TB en el país - Atención integral gratuita y multidisciplinaria - Aplicación obligatoria tratamiento según norma técnica - Intangibilidad del presupuesto - PAT goza de los programas estatales de inclusión social - Plan universalización de pruebas rápidas de sensibilidad - Plan de emergencia para prevención y control TB en zonas de mayor incidencia - Reserva y estándares de calidad de medicamentos - Prohibición de venta de medicamentos de primera línea. - Promoción y fortalecimiento de la investigación en TB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema de tratamiento estandarizado (privados y Essalud). - Incremento e Intangibilidad del presupuesto. - Adherencia al tratamiento. - Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento. - Mejora en la calidad del servicio. - Sistema consolidado de información TB (público y privado). - Trabajo multisectorial coordinado.

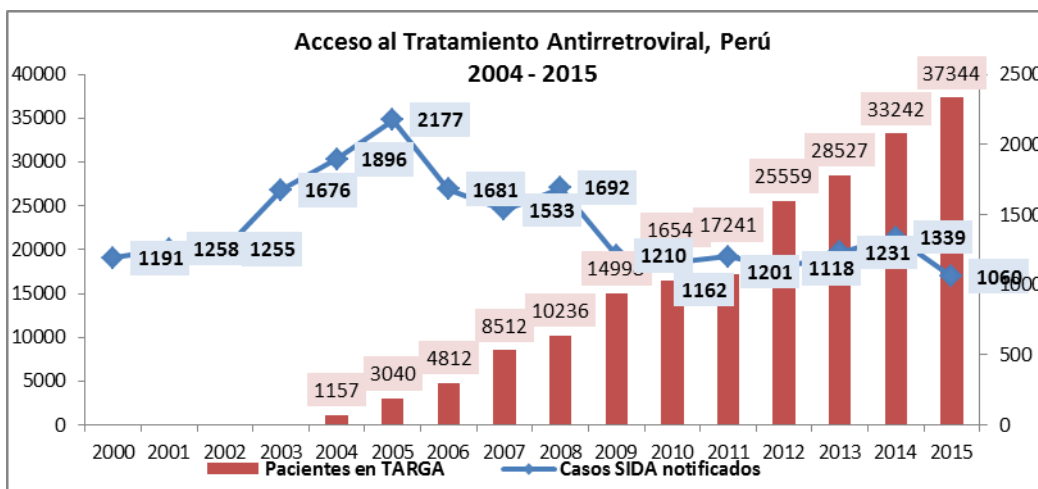
El MINSA cuenta ahora con el Sistema de Información de Gestión SIG-TB en línea y con capacidad de georreferenciación de los casos.

www.appsalud.minsa.gob.pe/sigtbdata/wflogin.aspx

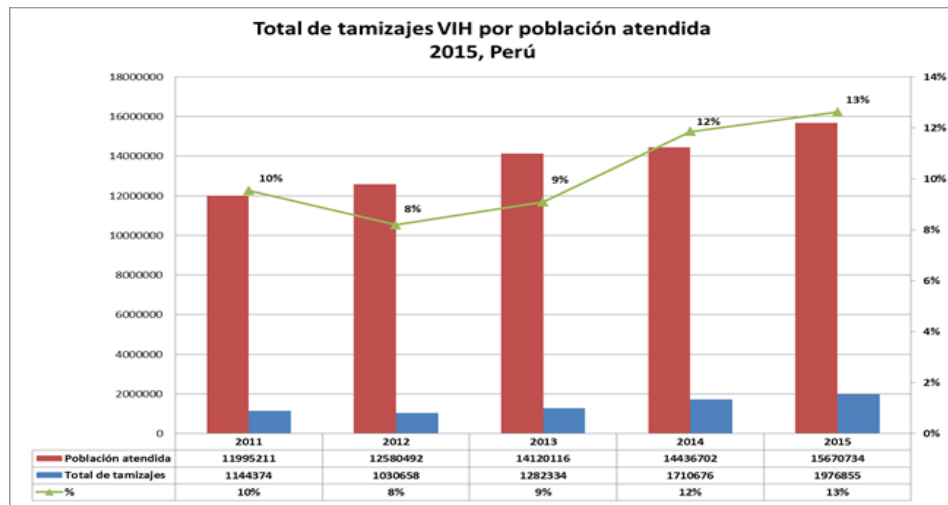
Información y prueba de VIH SIDA: la mejor prevención

El VIH/SIDA es una epidemia concentrada en hombres teniendo sexo con hombres con una prevalencia de 12.4% frente a la población general que presenta una prevalencia de 0.23%. Lima y Callao concentran el 70% de los casos, cuya incidencia es mayor en áreas urbanas de la Costa y Amazonía. La transmisión sexual sigue siendo el principal vehículo de contagio. El número de personas viviendo con VIH/SIDA en 2014 fue de 72,000 personas (estimaciones Spectrum/EPP) y el número de casos notificados de VIH a diciembre 2015 fue de 60,392 (Boletín epidemiológico VIH/SIDA).

En el periodo 2011–2015, se viene impulsando la descentralización del TARGA a los establecimientos de salud de nivel primario (Amazonas: Hospital de Santa María de Nieva y Centro de Salud de Huampami; Loreto: C.S San Lorenzo y C.S. Contamana; Ucayali: al C.S Atalaya; Huánuco: C.S Puerto Inca; Cusco: Hospital Quillabamba; Junín: Hospital de Satipo), para mejorar el acceso a la atención integral de las personas viviendo con VIH/Sida. El acceso al tratamiento antirretroviral se ha incrementado en un 216% y desde su implementación, los casos de SIDA se han reducido en 51%, tal como se aprecia en la gráfica siguiente.



En el mismo periodo, el tamizaje para VIH en el país se ha incrementado en un 72%.



Según la ENDES 2015, se ha incrementado el conocimiento sobre las formas de prevención del VIH, en el uso de condón de 74.6% a 78.4%; en limitar el número de parejas sexuales de 83.1% a 85.7%. De otro lado, el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados aumentó de 92.3% en 2014 a 93% en 2015.

Se plantea como desafíos la implementación del Plan Estratégico Multisectorial ITS, VIH/SIDA con metas al 2020; intensificar la focalización de las intervenciones en las poblaciones clave y vulnerables; y, asegurar la sostenibilidad técnica y financiera de las intervenciones de prevención y control. Asimismo, se encuentra en implementación el proyecto de inversión “Intensificación de las acciones de prevención y control del VIH/SIDA en el distrito de Imaza y la provincia de Condorcanqui, Perú 2015-2017”, financiado por Plan Binacional Perú-Ecuador y en agosto de 2016 se inicia el proyecto “Expansión de la respuesta nacional al VIH en poblaciones clave y vulnerables de ámbitos urbanos y amazónicos del Perú”, financiado por el Fondo Global.

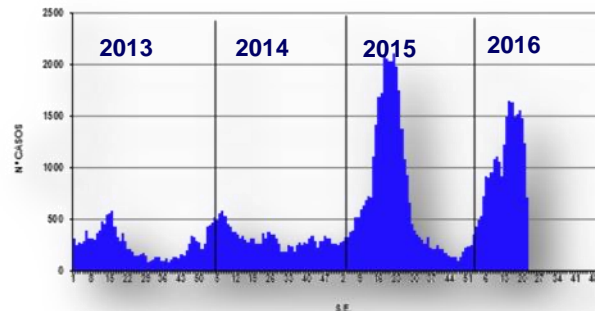
Las estrategias de prevención y control de las metaxénicas

El Dengue

En el año 2012 se notificaron 12,009 casos confirmados de dengue y 16 defunciones en el país. A la semana 22 de 2016, se han notificado 10,584 casos confirmados de dengue y 12,807 casos probables en 18 departamentos del país, reportando además 26

defunciones. Piura, La Libertad, Ayacucho, Lambayeque y Loreto notifican más del 60% del total de casos³⁷.

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



La fiebre Chikungunya

A la semana epidemiológica (SE) 21 de 2016, se continúa reportado casos de fiebre Chikungunya en 20 países. En total se han reportado 117,829 casos y 16 defunciones. En 2015 la transmisión autóctona se mantuvo en 31 países. Por primera vez se reportan casos autóctonos en Bolivia y Perú. A la SE 21 de 2016, se han reportado 52 casos en Tumbes y 4 en Madre de Dios.

El virus de Zika

A junio de 2016, 39 países de las Américas confirmaron casos autóctonos (transmisión vectorial) de infección por virus del Zika³⁸. En el Perú, el *Aedes Aegypti*, vector que transmite el dengue, la fiebre de Chikungunya y la enfermedad por virus Zika está disperso en 20 departamentos del país, por lo que el riesgo de contagio en la población, es alto. Se suma la persistencia de los determinantes tales como clima cálido, saneamiento básico insuficiente, déficit de agua potable en la vivienda, entre otros.

Se ha activado el Comité Operativo de Emergencia nacional de Salud para implementar el plan de acción para la prevención y control de Zika, en el marco de la Ley N°30423, que fortalece la autoridad sanitaria, a través de la vigilancia con ovitrampas, la instalación del cerco epidemiológico en zonas de transmisión activa y la vigilancia de infección en gestantes. Asimismo, se viene implementando la vigilancia de microcefalia para lo cual se ha aprobado el protocolo sanitario de urgencia³⁹.

³⁷ CDC. Minsa 2016

³⁸ última actualización epidemiológica 09/06/16. http://ais.paho.org/hip/viz/ed_zika_countrymap.asp

³⁹ Aprobado mediante RVM N°014-2016-SA.

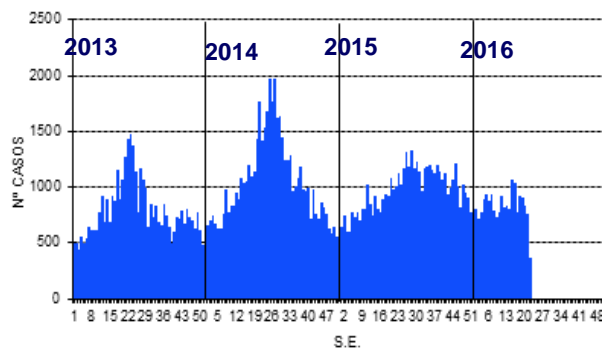
A junio 2016, en el país se presentan 14 casos importados (proviene de Venezuela, Colombia, Ecuador, Brasil y Bolivia) y 77 casos autóctonos (62 en Cajamarca-Jaén, 7 en Loreto-Yurimaguas, 4 en Tumbes-Zarumilla, 2 en San Martín-Tocache, 1 en Ucayali-Pucallpa y 1 en Lima).

Si bien no es posible controlar los múltiples determinantes para la introducción y diseminación del virus en el país, un control efectivo del vector, manteniendo índices aédicos de bajo riesgo, reducirá el impacto de la transmisión.

La malaria

Se presenta como Plasmodium Vivax o Plasmodium Falciparum, la primera es más benigna, la segunda es más virulenta y puede ser mortal. En el periodo 2011-2016 la notificación total de casos ha ido en aumento, de 11,041 en el año 2012 a 23,853 en el 2016 (SE 22).

Curva de casos de malaria por P. Vívax Perú 2013–2016



El cambio climático en la zona selva y la resistencia del vector a algunos insecticidas, son factores importantes que explican de alguna manera este aumento considerable, lo que está replanteando las estrategias de vigilancia epidemiológica y abordaje a la prevención y control de la enfermedad⁴⁰.

La salud ambiental y la inocuidad alimentaria

La Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA) es un órgano de línea del Viceministerio de Salud Pública y constituye la autoridad nacional en esta materia, responsable del aspecto técnico, normativo, vigilancia, supervigilancia y fiscalización en salud ambiental, los factores de riesgos físicos, químicos y biológicos externos a la persona, así como de la inocuidad alimentaria de los alimentos destinados al consumo humano. Su función principal está vinculada al cumplimiento de la política de salud ambiental, a prevenir riesgos ambientales así como a sensibilizar a la sociedad.

⁴⁰ SE 22. CDC. Minsa 2016

En los últimos años, se ha priorizado la simplificación administrativa de los procedimientos TUPA; la elaboración de normas; el incremento de acciones de vigilancia y fiscalización; implementación de un sistema de gestión de la calidad (acreditación ISO 9001, 17025, 17020, 17065 y 17024), entre otras, coincidentes con los lineamientos de política del gobierno en materia de gestión pública; el apoyo a las inversiones, innovación, modernización y competitividad país. Se describen los principales resultados:

- 23 Normas aprobadas en salud ambiental e inocuidad alimentaria.
- Posicionamiento en espacios internacionales y en espacios nacionales, participando en 15 mesas de conflictos socio ambientales con monitoreo de calidad del agua, aire y/o suelo.
- Presidencia del CODEX y COMPIAL y Secretaría técnica de comisiones multisectoriales, con el reconocimiento de la PCM por buenas prácticas en dos de ellas.
- Simplificación y virtualización de 42 procedimientos administrativos del TUPA, incorporados en la Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE).
- Aprobación del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad con RM N°202-2015-MINSA.
- Acreditación del Laboratorio de Control Ambiental en la ISO 17025 “Requisitos Generales para la Competencia Técnica de los Laboratorios de Ensayos y de Calibración” (mayo 2014) con 32 métodos acreditados para ensayos microbiológicos, alimentos y ambientales al 2015.
- Certificación de la ISO 9001 por AENOR – España, para la emisión de informes de ensayo de laboratorio. (noviembre 2015).
- Implementación de la Norma ISO/IEC 17020, “Requisitos para el Funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan la inspección” en proceso de acreditación en INACAL.
- Obtención de Premios otorgados por ADEX, MINAGRI y la UPC y Reconocimientos de: MINCETUR, Ciudadanos al Día (2), MINAM y Cooperación Swiss Contac.
- Implementación de tecnologías de información y comunicación: Sistema de Consultas en Registros y Validaciones Sanitarias, Aplicativo móvil de consultas de registros sanitarios otorgados que emite alertas de productos con registro sanitario vencidos o alimentos sin registro, APP de consultas en tiempo real del estado sanitario de las playas del litoral.

- Aumento de la vigilancia sanitaria de 277 a 459 establecimientos de salud, e imposición de 189 multas por procesos sancionadores.

Daños y/o lesiones por factores externos

Para reducir los riesgos de desastres en salud originados por factores externos y en particular para reducir el riesgo de vulnerabilidad de la población y sus medios de vida ante peligros de origen natural, en el periodo 2011-2016, se han realizado las siguientes acciones:

- A través del Plan de Acción para hospitales, en cumplimiento de la Política Nacional de Hospitales Seguros (2011-2012) y en base a una programación presupuestal por resultados, se ha capacitado con la OPS/OMS en planeamiento hospitalario, para generar capacidades de respuesta frente a emergencias sanitarias y desastres. Además, se ha dado asistencia técnica a 11 regiones para la conformación de los comités regionales de hospitales seguros.
- Se ha ejecutado al 100% de la meta, el servicio de mantenimiento no estructural de los servicios de emergencias de hospitales ubicados en Lima Metropolitana (Resolución Secretarial N°020-2012-MINSA). Se ha evaluado el índice de seguridad hospitalaria⁴¹ (ISH) de los establecimientos de salud ubicados en Lima Metropolitana. Se ha dado asistencia técnica a los gobiernos regionales en la implementación de la política nacional de hospitales seguros frente a desastres y para el fortalecimiento de los comités de gestión de riesgo de desastres, así, como para los planes de respuesta frente a emergencias y desastres en Lima metropolitana, Loreto y Junín.
- Adicionalmente, se ha realizado mantenimiento y equipamiento de los servicios de emergencia de los hospitales de Lima. Al primer semestre de 2014, se certificó por más de 15 millones de soles. Se han realizado talleres macro regionales en Piura y Puno de evaluación de la vulnerabilidad sísmica para reforzamiento estructural/no estructural de los establecimientos de salud, para fortalecer la capacidad de los evaluadores en la aplicación del ISH.
- Entre 2014-2015, se han realizado 120 estudios de vulnerabilidad sísmica: estructural, no estructural y funcional en hospitales a nivel nacional, a través de la

⁴¹ Herramienta elaborada por la OPS, con apoyo de expertos e investigadores de Las Américas

aplicación del ISH; se ha promovido el desarrollo de estudios para determinar el riesgo de desastres frente a amenazas naturales y antrópicas, mediante el uso de instrumentos validados ISH y la Evaluación de la Vulnerabilidad de los establecimientos II y III nivel de atención: Instituto de Salud de Niño en San Borja; Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; Instituto Nacional de Rehabilitación; Hospital de Ventanilla; Hospital Santa María del Socorro (Ica).

- Con el empleo intensivo del ISH los equipos de gestión de hospitales han desarrollado intervenciones de reducción de riesgos existentes, mejorando la seguridad de sus establecimientos y les ha permitido programar y planificar en sus planes anuales estas actividades, en el marco del Programa Presupuestal 068 (Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres).
- Se ha impulsado el Proyecto de Convenio Específico con el Centro de Investigación Sísmica Peruano Japonesa (CISMID) de la Universidad Nacional de Ingeniería para elaborar el expediente técnico para reforzamiento estructural de 18 establecimientos de salud de Lima Metropolitana y regiones del país.
- Con apoyo de la Cooperación Internacional del Japón, se ha realizado el estudio “Análisis y la Evaluación de la situación actual del Sector Salud en Atención Médica de Emergencias ante Desastres” para contribuir al desarrollo de un sistema de atención de emergencias médicas en Lima y Callao. Los resultados serán presentados por la Embajada de Japón.

En relación al Plan de Gestión de Riesgo de Desastres en salud y los Planes específicos sectoriales, junto con los programas presupuestales y estrategias sanitarias, con la finalidad de estar preparados y dar respuesta en salud frente a emergencias y desastres, se han desarrollado los siguientes planes, coordinados con los niveles de gobierno regional y local:

1. Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres del MINSa, frente a los efectos de las bajas de temperatura, aprobado mediante RM N°519-2015/MINSa.
2. Participación en la formulación del Plan Multisectorial ante heladas y friaje 2015, sustentado con Informe Técnico N°021-2015-NCNC-OGDN/MINSa.
3. Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres del MINSa a los efectos de las lluvias intensas, aprobado mediante RM N°464-2015/MINSa.
4. Plan de contingencia del MINSa frente a los efectos de las lluvias intensas y Fenómeno El Niño 2015-2016, aprobado mediante RM N°202-2016/MINSa.

5. Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres del MINSA, frente a los efectos de las bajas temperaturas 2016-2017, aprobado mediante RM N°315-2016/MINSA.
 6. Participación en la formulación del Plan Multisectorial ante heladas y friaje 2016, aprobado mediante DS N°028-2016/PCM.
- Ante las emergencias y desastres, el MINSA adquirió 750 módulos de emergencia equipados, para asegurar las operaciones para la atención adecuada y oportuna. De ellos, 610 módulos son metálicos armables, con cuatro ambientes de trabajo y servicios higiénicos; y 140 módulos son metálicos expandibles, de inmediata instalación. A la fecha se encuentran en proceso de distribución a las direcciones regionales de salud, considerando el nivel de amenazas que enfrentan, así como la vulnerabilidad de sus servicios de salud.
 - El MINSA viene impulsando en forma sostenida a nivel regional, el desarrollo y consolidación del PPR 068 de Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres, identificándolo como la principal herramienta financiera del Estado en la gestión del riesgo de desastres, el cual ha sido incorporado en las 230 Unidades Ejecutoras de Salud.
 - El MINSA viene acompañando el esfuerzo nacional, por lograr que el Sistema Nacional de Salud, reconozca en la gestión del riesgo de desastres, la política pública que contribuirá a consolidar el crecimiento económico y el desarrollo del país. Así, el PPR 068, se ha incrementado en 400%, casi 55 millones de soles en el año 2012 en comparación con más de 256 millones de soles asignados para el 2016.
 - Este presupuesto permitirá que los servicios de salud desarrollen actividades de estimación de riesgos y estudios de vulnerabilidad, fortalecimiento de la capacidad instalada, formación y adiestramiento de recursos humanos en salud, servicios de reparación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de las líneas vitales en los establecimientos de salud, movilización de brigadas de salud, así como capacitación a la población en prácticas seguras ante emergencias y desastres.

6.5. Rectoría y mejora de la gestión pública

El proceso de Reforma de Salud que se inicia en el año 2013, apuesta por un sistema de salud integrado, de aseguramiento universal, con un plan de prestaciones y cuidados integrales y de calidad para la población peruana, basados en redes de servicios de salud, con énfasis en la atención primaria de salud y en un conjunto de políticas de promoción de la salud, sostenible financiera y tecnológicamente en consenso y compromiso con la sociedad.

Las políticas de protección centradas en las personas, viables y sostenibles a partir del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, la modernización del gobierno en salud y el financiamiento, son elementos que hacen posible la implementación de los arreglos institucionales necesarios, incluyendo la reorganización del MINSA, a partir de un nuevo Reglamento de Organización y Funciones (ROF).

Al amparo de la Ley N°30073, de julio 2013, se delega al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, y se aprueba un paquete de 23 Decretos Legislativos, en materias clave: reorganización del MINSA y sus organismos públicos; modernización del Sistema Nacional de la Salud; modernización de la gestión de las inversiones públicas en salud; política integral de remuneraciones de los servidores médicos, profesionales y personal asistencial de la salud pública; extensión de la cobertura de protección financiera en salud; y fortalecimiento del financiamiento de EsSalud. Este paquete fue complementado en los años siguientes.

Con la Ley N°30423 se establece medidas para fortalecer la autoridad de salud a nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población formulado, y permite que el MINSA intervenga ante situaciones de riesgo para la vida y la salud, sean epidemias, emergencias sanitarias, incumplimiento de funciones de los gobiernos regionales y/o locales, así como bajas coberturas de vacunación, deficiente disposición de residuos, falta de abastecimiento de agua segura, y por factores exógenos como las amenazas globales por Ébola, Zika, Fenómeno del Niño, contaminación ambiental, entre otros.

El Consejo Nacional de Salud

La Secretaría de Coordinación (SECCOR) es la encargada de brindar el apoyo administrativo y técnico especializado al Consejo Nacional de Salud (CNS) y es presidida

por el Ministro de Salud. Contribuye al fortalecimiento del ejercicio de la rectoría del MINSA y la optimización de los servicios de salud:

- Con evidencias para la formulación de políticas y planes nacionales.
- Con propuestas de políticas, normas y planes concertados a nivel nacional, regional y local.
- Con la participación multisectorial en los diferentes espacios del SNCD, en armonía con la Ley de Modernización de Gestión del Estado.
- Con asesoría técnica y especializada al SNCD.

Las funciones del SECCOR-CNS están establecidas en el ROF del MINSA según D.S. N°007-2016-SA, Reglamento de la Ley 27813. Provee asistencia técnica y administrativa especializada al CNS para su funcionamiento, así como en asuntos de competencia del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCD); propone la creación o cancelación de comités nacionales de conformidad a las prioridades sectoriales a fin de elaborar propuestas de políticas de mayor trascendencia y beneficio para la población; coordina, implementa y asegura el cumplimiento de los acuerdos del CNS, entre otros.

El CNS de agosto de 2011 a mayo de 2016, en el marco de sus funciones logró en total 28 propuestas, entre ellas: un 34% corresponden a pronunciamientos políticos, memorias de gestión, informes sobre lecciones aprendidas entre otros, un 18% corresponde a los aportes a documentos normativos del MINSA, un 14% corresponde a las propuestas legislativas, políticas y planes nacionales, y un 11% corresponde a recomendaciones sobre políticas y planes del MINSA.

En ese periodo, la SECCOR-CNS ha organizado y supervisado 879 sesiones, en las que ha desarrollado propuestas. Los 20 Comités Nacionales del CNS en el marco de sus funciones, lograron 110 propuestas: 75 corresponden a recomendaciones varias, 14 propuestas legislativas, 09 propuestas de políticas y planes, 7 corresponden a documentos normativos y 5 corresponden a pronunciamientos políticos. Algunas de ellas se resaltan:

- Comité Nacional de Discapacidad. Propuesta legislativa Ley de la Persona con Discapacidad.
- Comité Nacional de Salud Ambiental. Recomendaciones para un Plan Nacional de Gestión de Calidad del Aire y Agua para Consumo Humano.
- Comité Nacional de Salud Ocupacional. Política de Desarrollo de Capacidades en Salud Ocupacional.

- Comité Nacional de Bioética. Modificatoria del Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú.
- Comité Nacional de Enfermedades Trasmisibles. Informe Recomendaciones para un Plan de Eliminación de la Malaria en el Perú 2014.
- Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención de Salud e Investigación. Normatividad para un Modelo de Competencias Laborales Genéricas del Sector Salud.
- Comité Nacional de Salud Mental. Recomendaciones para la Implementación de Servicios de Salud Mental en el primer nivel de atención de salud.
- Comité Nacional de Calidad. Fichas técnicas para la reforma del sector salud: Política integral de remuneraciones del sector salud; Política de formación de recursos humanos en Salud en pregrado y postgrado, y Política de dotación de recursos humanos.
- Comité Nacional de Promoción de la Salud. Ficha técnica para la Gestión de los determinantes Sociales de la Salud (propuestas de reforma).
- Comité Nacional de Servicios de Salud. Ficha técnica para el Fortalecimiento de la Red Integrada de Servicios de Salud.
- Comité Nacional de Inversiones. Lineamientos de Políticas de Inversiones en Salud.
- Comité Nacional de Financiamiento en Salud. Fichas técnicas para, movilizar recursos en el sector público, incorporando incentivos para ganar eficiencia: mecanismos de pago.
- Comité Nacional de Medicamentos. Estrategias para desarrollar y mejorar el acceso a medicamentos de alto costo.
- Comité Nacional de Derechos Humanos. Protección de los Derechos de las Personas Usuarias.
- Comité Nacional de Universalización de la Seguridad Social en Salud. En el marco del régimen subsidiado y semicontributivo, Universalizar la cobertura poblacional de la protección social en salud (SIS). Entre otros.

En este periodo, los 25 Consejos Regionales de Salud han logrado **122** propuestas; 54 corresponden a recomendaciones varias, 11 a pronunciamientos políticos, 25 a aportes a documentos normativos, 21 a políticas y planes varios, y 11 a propuestas legislativas. Al año 2016, la SECCOR por encargo del CNS y en coordinación con la alta dirección del MINSA organiza reuniones para la formulación de una Hoja de Ruta, que operacionaliza los objetivos de la Reforma, producto del consenso logrado en el Acuerdo Nacional. Este

instrumento sería la base para formular un nuevo Plan Nacional de Salud Concertado de Salud.

Como temas pendientes, se encuentra i) la modificación de la Ley N°27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, en vista que muchos de sus artículos no contribuyen en la modernización de los Consejos de Salud, en el marco de la Modernización de Gestión del Estado; ii) la actualización/formulación de una nueva propuesta del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, en el marco de los objetivos de la Reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, y los acuerdos del Acuerdo Nacional.

El nuevo orden institucional

Con el D.L. N°1161 se aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA que crea el Viceministerio de Salud Pública y el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, y con el D.L. N°1156 se dan facultades al MINSA para intervenir en situaciones de emergencias y riesgos, otorgando valor mandatorio a sus informes.

Con el D.S.N°007-2016-SA de febrero 2016, se aprueba el ROF del MINSA y se crea como órganos desconcentrados, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) para la detección, prevención y respuesta rápida frente a emergencias y riesgos sanitarios; la Escuela Nacional de Salud Pública; la Dirección de Salud de Lima Metropolitana; y el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES).

El reordenamiento, reestructuración y políticas de gestión de recursos humanos en el periodo 2011-2016 ha requerido de legislación y normativa más específica. En ese sentido, el resumen siguiente ilustra los decretos y leyes aprobados en este periodo⁴², los mismos que configuran la base legal del proceso en implementación. El detalle de los mismos se encuentra en Anexo:

Normas legales del Sector Salud en materia de Presupuesto Enero 2011 - junio 2016	
Leyes	11
Decretos Legislativos	11

⁴² Información proporcionada por Oficina General de Asesoría Jurídica. MINSA 2016

Decretos Supremos	30
Normas legales en materia de Reforma del Sector Salud	
Enero 2011 - junio 2016	
Leyes	35
Decretos Legislativos	24
Decretos Supremos	66

La construcción del sistema de salud renovado en el país, es un enorme desafío, sobre el cual se ha avanzado, sin embargo, es un proceso que excede la gestión de un gobierno y va a requerir perseverancia en el propósito de cambio hacia una gestión más moderna y eficiente.

Concertación y trabajo articulado con gobiernos regionales y locales

Implementación de una política referida al fortalecimiento de la gobernanza en salud pública

A nivel político, cuenta con un mecanismo de diálogo y acuerdos de política del MINSA y los gobiernos Regionales a través de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), en la construcción de una agenda consensuada de prioridades de política intergubernamental de salud, para los años 2012-2013 y 2014 y 2015-2016, basadas en: ampliar la cobertura poblacional de protección en salud; ampliar y mejorar los servicios de salud; fortalecer la protección de los derechos de los usuarios; mejorar la gobernanza del sector público de salud; y mejorar la efectividad y eficiencia de las intervenciones en salud pública o colectiva.

A *nivel Ejecutivo*, consolidar la Comisión Intergubernamental de Salud –CIGS⁴³, como espacio de deliberación y adopción de decisiones ejecutivas entre la autoridad sanitaria nacional y autoridades sanitarias de los gobiernos regionales, para la implementación y monitoreo de los acuerdos de las prioridades intergubernamentales de política de salud. El marco de confianza y respeto mutuo se ha traducido en su funcionamiento continuo

⁴³ La CIGS se crea mediante la RM N° 871-2009-MINSA, en el marco del DG-047-2009-PCM y es reconocida mediante

DS N° 006-2010-PCM. como una instancia permanente de articulación de la gestión de la salud pública bajo un ejercicio compartido de conducción de procesos y resultados sanitarios entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Cuenta con Reglamento aprobado que norma su composición y funcionamiento

con decisiones ejecutivas que permitirán alcanzar de manera concertada los logros sanitarios trazados para el país.

En el periodo, se han realizado 30 sesiones de la CIGS: Ordinarias y Extraordinarias para tratar temas de resolución inmediata o coyuntural. De acuerdo al reglamento, la Secretaria Técnica está a cargo de la Oficina General de Articulación y Coordinación (OGAC)⁴⁴. Esta experiencia ha permitido la articulación de los tres niveles de gobierno, el alineamiento de las políticas y prioridades de salud pública, y resolver limitaciones en la gestión pública, como resultado del ejercicio de las funciones, así como el reto de iniciar una gestión descentralizada, en el marco de la descentralización.

A Nivel de gestión, desde el año 2013 con el propósito de fortalecer el espacio de coordinación para la solución de problemas de gestión nacional o subnacional, se implementaron reuniones bilaterales entre la alta gerencia del MINSA, presidido por el Ministro de Salud o los Viceministros y los Gobernadores Regionales con su alta gerencia. Allí se revisan y analizan problemas específicos, se concreta y se adoptan acuerdos definiendo la responsabilidad nacional y regional para el logro de las prioridades consensuadas.

A nivel de la articulación de la gestión territorial Regional Local, se han constituido los Comités Regionales de Inversiones en Salud (CRIIS), en tanto mecanismo de decisiones para la inversión en salud. Se priorizan y adoptan acuerdos, a partir del Plan Multianual Regional de Inversiones⁴⁵ en salud, que posibilita el ordenamiento de los servicios con un enfoque territorial e integral. Los CRIIS brindan asistencia técnica permanente del MINSA. Aquí algunos avances alcanzados con su implementación:

- 22 (88%) de los gobiernos regionales han desarrollado reuniones de sus CRIIS en el primer trimestre de 2016.
- 23 gobiernos regionales, han instalado formalmente los CRIIS y cuentan con Acta de Sesión y Resolución Ejecutiva Regional.
- 17 gobiernos regionales, cuentan con su Plan de Trabajo de Inversiones aprobado.
- 21 gobiernos regionales, cuentan con su Reglamento del CRIIS aprobado.
- 25 gobiernos regionales, cuentan con establecimientos de salud estratégicos priorizados para el 2016 y 2017.

⁴⁴ De acuerdo a Reglamento de la CIGS.

⁴⁵ La asistencia técnica en la elaboración del Plan Multianual Regional de Inversiones (PMRI), está bajo responsabilidad de la Oficina de Gestión de Inversiones de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

- Existe un 71% como promedio de avance, en saneamiento físico legal de los establecimientos de salud estratégicos.

Fortalecimiento de la asistencia técnica y monitoreo de las políticas nacionales de salud. Se cuenta con 30 Asesores de Enlace Regional (AER) en 24 regiones que dan asistencia técnica y hacen seguimiento a la implementación de las prioridades de política y de salud pública. Para lograr mayor eficiencia y efectividad en las acciones desarrolladas por los AER en su ámbito, trabajan sobre dos líneas específicas: prestación y aseguramiento en salud y salud pública.

*Atención de conflictos sociales*⁴⁶. Desde el año 2013, la OGAC viene participando en las mesas de diálogo, mecanismo de concertación para la prevención y atención de conflictos sociales, implementado por la Oficina Nacional de Diálogo y Sostenibilidad de la PCM. Participan los sectores vinculados a la atención de las demandas planteadas por las poblaciones.

En este marco la OGAC en coordinación con la Alta Dirección, articula con los órganos competentes del MINSA y con las autoridades sanitarias regionales, la respuesta institucional. A la fecha, el MINSA está representada en 38 mesas de diálogo de los Gobiernos Regionales de Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna y Ucayali.

La mayoría de las mesas se han originado a partir de problemas socio ambientales, causados generalmente por actividad extractiva de minería e hidrocarburos; sin embargo, en las mesas de diálogo, las demandas para las intervenciones del Estado no se limitan a los problemas socio ambientales, abarcan también otras demandas tales como salud, educación, agua potable, saneamiento, transporte, agricultura y electrificación, entre otros. El MINSA coordina con los gobiernos regionales la respuesta institucional del sector, de acuerdo a las competencias de cada nivel de gobierno.

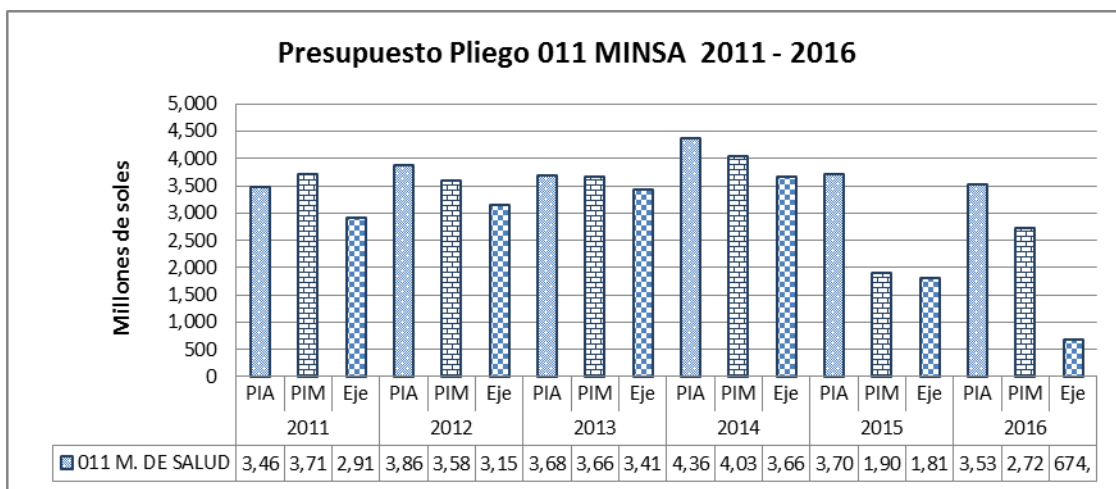
Estrategias para mejorar la eficiencia y calidad del gasto presupuestal

Durante el periodo 2011-2016, el MINSA ha dado cumplimiento a la función de acumulación de fondos para salud, lo que se traduce en: i) el crecimiento del Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) o presupuesto aprobado cada inicio de año; ii) los

⁴⁶ Función oficializada a partir de la aprobación del ROF del MINSA (DS 007-2016-SA) Art. 34 literal J.

niveles consistentes de Presupuesto Institucional Modificado (PIM) o presupuesto que va siendo modificado sobre el PIA a lo largo del año, según las condiciones de caja del MEF; iii) el desempeño del sector; iv) el presupuesto ejecutado en el año.

El indicador clásico de desempeño es el porcentaje de ejecución que debiera estar cerca al 100% del PIM. La ejecución promedio entre 2011-2015 asciende a 88.5%, lo cual muestra un buen desempeño del sector. La barra de presupuesto ejecutado para el año 2016 es parcial a la fecha de corte de la información y ha sido excluida en este promedio.



Fuente: SIAF, MEF. Junio 2016

La ejecución presupuestal

El análisis de la ejecución presupuestal 2015 a nivel de categoría y genérica de gasto se observa en la tabla siguiente. Del total del gasto ejecutado por toda fuente de financiamiento, el 81% estuvo dirigido a Gasto Corriente y 19% a Gasto de Capital, de los cuales el 94.1% (S/.1 762 731 194,31) fue ejecutado con Recursos Ordinarios (RO); 4.3% (S/.80 514 532,75) con Recursos Directamente Recaudados (RDR); 1.3% (S/.23 529 973,85) con Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito (ROOC); y 0.3% (S/.6 206 018,56) con Donaciones y Transferencias (DYT).

En Gasto de Capital se ejecutó S/.349 296 981,24 por toda fuente de financiamiento (19% del total ejecutado), del cual el 91.4% con RO; 1.6% con RDR, 6.7% con la ROOC y el 0.3% con DYT.

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

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

La ejecución del Gasto de Capital, representó el 19% del monto total ejecutado por el Pliego 011, 2015. Del total ejecutado el 58% fue destinado a Proyectos de Inversión y el 42% a la Adquisición de Activos No Financieros Sin Proyectos de Inversión.

MARCO LEGAL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS 2015
GENÉRICA 2.6 ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD (En Soles)

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

Fuente: SIAF-Módulo de Proceso Presupuestario – MPP 2015

Del total del presupuesto ejecutado por el Pliego 011 en el 2015, el 41% se ejecutó en Programas Presupuestales y el 59% en Acciones Centrales y Asignaciones Presupuestarias que no Resultan en Productos.

EJECUCIÓN DE GASTOS POR CATEGORÍA PRESUPUESTAL - 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD (En Soles)

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

Fuente: SIAF - Módulo de Proceso Presupuestario MPP

Elaboración:

OPF/OGPPM-MINSA

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

EJECUCIÓN DE GASTOS POR PROGRAMA PRESUPUESTAL 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD (En Soles)

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

Fuente: SIAF - Módulo de Proceso Presupuestario MPP

Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

Según el cuadro siguiente a nivel de genérica de gasto y categoría presupuestal, el 30% del total ejecutado fue destinado a gastos de Personal y Obligaciones Sociales y el 70% en las demás genéricas de gasto. Del total en Personal y Obligaciones Sociales el 0.3% se ejecutó en Programas Presupuestales y 29% en Acciones Centrales y APNOP. Del mismo modo en otras genéricas de gasto, el 41% se ejecutó en Programas Presupuestales y 29% en Acciones Centrales y APNOP.

EJECUCIÓN DE GASTOS POR CATEGORÍA PRESUPUESTAL 2015
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD (En Soles)

Genérica de Gasto y Categoría Presupuestal	PIM	Devengado	% Ejecución	Participación % de la Ejecución
PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	581 734	557 259 763,22	96%	30%
Programas Presupuestales	6 872 815	4 846 999,87	71%	0,3%
Acciones Centrales y APNOP	574 861 663	552 412 763,35	96%	29%
OTRAS GENÉRICAS	1 382 546	1 315 721 956,25	95%	70%
Programas Presupuestales	811 522 987	770 804 587,65	95%	41%
Acciones Centrales y APNOP	571 023 248	544,917 368.6	95%	29%
TOTAL	1 964 280 713	1 872 981 719,47	95%	100%

Fuente: SIAF-Módulo de Proceso Presupuestario 2015

Elaboración: OPF/OGPPM-MINSA

En el 2015, el PIM fue de S/.338,000,000 y el Pliego MINSA tiene a su cargo S/.224,000,000 (Ejecución 89.3%), el Instituto de Gestión de Servicios de Salud con S/.45,000,000 (ejecución 92.3%), el Instituto Nacional de Salud con S/.8,000,000 (ejecución 29.6%) y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con S/.59,000,000 (ejecución 84.4%).

PRESUPUESTO DESTINADO A PROYECTOS DE INVERSIÓN 2015
EN LOS PLIEGOS DEL SECTOR SALUD (En Soles)

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

Fuente: Consulta Amigable MEF al 02/03/2016

7. Temas pendientes y recomendaciones

El mes de agosto de cada mes se gestiona de manera regular el presupuesto público referido a la demanda adicional. Este año en particular, esta solicitud es relevante en tanto el Ministerio de Salud, afronta una restricción financiera extraordinaria, tanto porque el presupuesto del primer semestre el año ha sido reasignado para atender las emergencias por friaje en el sur y SIKa. Por otro lado, nuevas reglas en el proceso presupuestal (art. 37 de la Ley de Presupuesto) han restringido la gestión del financiamiento en el SIS a las regiones para contratos CAS.

Respecto al presupuesto para el 2017 que forma parte del presupuesto multianual 2017-2019, el siguiente semestre debe precisarse su estimación y por consiguiente, añadir al monto estimado, la nueva demanda adicional para las prioridades que la gestión considere. Se recomienda mantener el ritmo de inversión, respetar los acuerdos de nombramiento, incremento salarial e incentivos al personal según desempeño; incluir la demanda adicional para medicamentos e insumos, la previsión de un fondo para emergencias y desastres y no menos importante, el financiamiento de la implementación de la reforma, cuya estimativa de costos está realizada hasta el 2021.⁴⁷

⁴⁷ Perspectivas al 2021 para avanzar en la implementación del consenso alcanzado en el Acuerdo Nacional y Estimativa de Costos. MINSa 2016.

ANEXO: Listado de normas emitidas

SECTOR SALUD: NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE PRESUPUESTO JULIO 2011 - JUNIO 2016

LEYES

- Ley N°29761, Ley de financiamiento público de los regímenes subsidiado y semi contributivo del Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N°29961, Ley que autoriza el nombramiento de los médicos contratados en plazas orgánicas presupuestadas así como en aquellas plazas no cubiertas que cumplan con los requisitos establecidos en la Ley N° 29682 en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos y gobiernos regionales
- Ley N°30001, Ley de Reinserción Económica y Social para el Migrante Retornado
- Ley N°30109, Ley para el financiamiento de actividades en materia de salud del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y del Seguro Integral de Salud
- Ley N°30126, Ley que autoriza a culminar el nombramiento de los médicos cirujanos dispuestos en la Ley N° 29682.
- Ley N°30137, Ley que establece criterios de priorización para la atención del pago de sentencias judiciales.
- Ley N°30175, Ley para el financiamiento de actividades en materia de salud, educación, trabajo y otros en el Presupuesto del sector público para el año fiscal 2014 y dicta otras disposiciones.
- Ley N°30204, Ley que regula la transferencia de la gestión administrativa de gobiernos regionales y gobiernos locales.
- Ley N°30261, Ley que modifica la Ley 28317, Ley de Control y Fiscalización de la Comercialización del Alcohol Metílico
- Ley N°30273, Ley que modifica el Decreto Legislativo N°1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la Salud al servicio del Estado.
- Ley N°30464, Ley que autoriza al Seguro Integral de Salud a efectuar modificaciones presupuestarias en el Nivel Institucional y autoriza modificaciones presupuestarias para la culminación del proceso de nombramiento del Sector Salud, de hasta el 20%, de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y las CLAS.

DECRETOS LEGISLATIVOS

- D.L. N°1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- D.L. N°1154, Decreto Legislativo que autoriza los Servicios Complementarios en Salud.
- D.L. N°1157, Decreto Legislativo que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud.
- D.L. N°1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación

- y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público
- D.L. N°1160, Decreto Legislativo que modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud - ESSALUD a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - SUNAT por la recaudación de sus aportaciones
 - D.L. N°1164, Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.
 - D.L. N°1165, Establece el mecanismo de "Farmacias Inclusivas" para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS)
 - D.L. N°1170, Decreto Legislativo que establece la prelación del pago de las deudas a la seguridad social en salud - ESSALUD.
 - D.L. N°1171, Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 26790 - Ley de modernización de la seguridad social en salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud.
 - D.L. N°1173, Decreto Legislativo de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud de las Fuerzas Armadas.
 - D.L. N°1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú

DECRETOS SUPREMOS

- D.S. N°002-2011-SA, que establece lineamientos para el proceso de nombramiento del año 2011 en el marco de las Leyes N° 28494 y 28560, en las unidades ejecutoras del MINSA, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales
- D.S. N°007-2011-SA, que autorizan subvención adicional en el presupuesto institucional del Pliego 011 del Minsa para el año fiscal 2011 a favor del Centro de Educación Básica Especial "Fe y Alegría" N° 42 de Chimbote y del Hogar Clínica San Juan de Dios de Arequipa.
- D.S. N°008-2011-SA, que autorizan subvención adicional en el presupuesto institucional del Pliego 011 del Minsa para el año fiscal 2011 a favor de la Asociación Patronato de Leprosos Departamental de Loreto y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Equipo Técnico Regional en Agua y Saneamiento (ETRAS).
- D.S. N°019-2011-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29682, Ley que Autoriza el Nombramiento de los Médicos Cirujanos Contratados Por el Ministerio de Salud, Sus organismos Públicos Y Direcciones Regionales de salud de los Gobiernos Regionales.
- D.S. N°003-2012-SA, que establece lineamientos para el proceso de nombramiento del año 2012 en el marco de las Leyes N° 28494 y 28560, en las unidades ejecutoras del MINSA, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales.
- D.S. N°010-2012-SA, que establecen Lineamientos para el Proceso de Nombramiento del año 2012 en el marco de la Ley N° 29682, en las Unidades Ejecutoras del MINSA, sus Organismos Públicos y las Unidades Ejecutoras de los Gobiernos Regionales.
- D.S. N°013-2012-SA, que autorizan Subvención Adicional en el Presupuesto Institucional del Pliego 011 del MINSA para el Año Fiscal 2012 a Favor del Hogar

Clínica San Juan de Dios de Lima.

- D.S. N°002-2013-SA, que aprueban procedimiento Especial de Contratación de Servicios de Salud que Efectuará el Seguro Integral de Salud-SIS y el Seguro Social de Salud-ESSALUD de manera complementaria a la oferta Pública, con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS.
- D.S. N°004-2013-SA, que establecen Lineamientos para el proceso de nombramiento del año 2013 en el marco de las Leyes N° 28498, 28560 y 29682, en las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los Gobiernos Regionales
- D.S. N°010-2013-SA, que aprueban Plan de Salud Escolar 2013 - 2016, con cargo al Presupuesto Institucional del Ministerio de Salud, del Seguro Integral de Salud y de los demás pliegos involucrados.
- D.S. N°005-2014-SA, Definen metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.
- D. S. N°014-2014-SA, que aprueba los perfiles de los puestos y las condiciones para la asignación de las bonificaciones por puesto de responsabilidad jefatural del departamento o servicio en establecimientos de salud de II y III nivel de atención, en establecimientos de salud I-3, I-4, microrredes o redes, y las condiciones para la entrega de la valorización priorizada por atención en servicios críticos, a los que se refiere el Decreto Legislativo N° 1153.
- D.S. N°015-2014-SA, que aprueba criterios técnicos para identificar los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, o los establecimientos que hagan sus veces en las otras entidades comprendidas en el Decreto Legislativo N° 1153, ubicados en zonas alejadas o de frontera
- D.S. N°015-2014-SA, que establece Lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales, bajo el amparo de la Ley 30114 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014.
- D.S. N°035-2014-SA, que crea el Programa Nacional de Inversiones en Salud.
- D.S. N°041-2014-SA, que define las metas institucionales ,indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del D.L. N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- D.S. N°042-2014-SA, que introduce precisiones para la evaluación de indicadores en determinados tipos de hospitales y modifica aspectos específicos relacionados a los Anexos 2,3 ,1 del Decreto Supremo N° 005-2014-SA.
- D.S N°305-2014-EF, Decreto Supremo que define la progresividad para la inclusión al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud de personas en periodo de gestación y grupo poblacional entre cero (0) y cinco (05) años.
- D.S. N°004-2015-EF, autoriza Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor del Pliego Ministerio de Salud. (publicado el 15-01-2015)
- D.S. N°012-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto

del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor de la Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR

- D.S. N°017-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor del pliego Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- D.S. N°048-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor de los pliegos Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto de Gestión de Servicios de Salud y de los Gobiernos Regionales.
- D.S. N°056-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor de los pliegos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas e Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- D.S. N°069-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor de los pliegos Gobiernos Regionales de los departamentos de Amazonas, Ancash, Apurímac, Cajamarca, Loreto y Puno
- D.S. N°070-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor de diversos Pliegos Gobiernos Regionales
- D.S. N°071-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 a favor Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas e Instituto de Gestión de Servicios de Salud y diversos Gobiernos Regionales
- D.S. N°083-2015-EF, que Autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015 del pliego Ministerio de Salud a favor de diversos Gobiernos Regionales para financiar proyectos de inversión pública
- D.S. N°002-2015-IN, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174; Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
- D.S. N°003-2015-IN, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú
- D.S. N°041-2015-SA, que disponen la renovación de destakes de servidores durante el Ejercicio Presupuestal 2016, que se encuentren laborando en la condición de destacados con anterioridad al 14 de junio de 2014, siempre que dicha modalidad de desplazamiento se haya mantenido continua hasta el 31 de diciembre de 2015.

SECTOR SALUD: NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE REFORMA JULIO 2011 - JUNIO 2016

LEYES

- Ley N°29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ley N°29830, Ley que promueve y regula el uso de perros guía por personas con discapacidad visual.
- Ley N°29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N°29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.

- Ley N°29907, Ley para la prevención y el tratamiento de la ludopatía en las salas de juegos de casino y máquinas tragamonedas.
- Ley N°29931, Ley que modifica el artículo 5 de la Ley 15251, Ley que crea el Colegio Odontológico del Perú, modificada por la Ley 29016.
- Ley N°29942, Ley que establece medidas para el cumplimiento del Acuerdo Bilateral para brindar atención de salud recíproca a nacionales de la República del Perú y de la República del Ecuador.
- Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N°29992, Ley que modifica la Ley 26644, estableciendo la extensión del descanso postnatal para los casos de nacimiento de niños con discapacidad.
- Ley N°30020, Ley que crea el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.
- Ley N°30021, Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes.
- Ley N°30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Ley N°30032, Ley que adiciona el Capítulo VIII a la ley 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos, y crea el Registro Nacional de Donación Renal Cruzada.
- Ley N°30061, Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del SIS.
- Ley N°30073, Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.
- Ley N°30102, Ley que dispone medidas preventivas contra los efectos nocivos para la salud por la exposición prolongada a la radiación solar.
- Ley N°30112, Ley que regula el ejercicio profesional del trabajador social en todos los ámbitos y dependencias del sector público y privado, cualquiera sea el régimen laboral al que pertenezca.
- Ley N°30119, Ley que concede el derecho de licencia al trabajador de la actividad pública y privada para la asistencia médica y la terapia de rehabilitación de personas con discapacidad.
- Ley N°30126, Ley que autoriza a culminar el nombramiento de los médicos cirujanos dispuestos en la Ley N° 29682.
- Ley N°30137, Ley que establece criterios de priorización para la atención del pago de sentencias judiciales.
- Ley N°30159, Ley que modifica los Artículos 3 y 4 de la Ley N°28803, Ley de las Personas Adultas Mayores.
- Ley N°30162, Ley de Acogimiento Familiar.
- Ley N°30175, Ley para el financiamiento de actividades en materia de salud, educación, trabajo y otros en el Presupuesto del sector público para el año fiscal 2014 y dicta otras disposiciones.
- Ley N°30183, Ley que regula los requisitos para la inscripción y atención de los derechohabientes del titular del seguro de salud.
- Ley N°30188, Ley del Ejercicio Profesional del Nutricionista.
- Ley N°30200, Ley que promueve el auxilio oportuno al público en los centros comerciales.
- Ley N°30222, Ley que modifica la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Ley N°30255, Ley que modifica los artículos 1, 4 y 5 y deroga el artículo 3 de la Ley 29942, Ley que establece medidas para el cumplimiento del Acuerdo Bilateral para Brindar Atención de Salud Recíproca a Nacionales de la República del Perú y de la República del Ecuador.
- Ley N°30287, Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú.
- Ley N°30412, Ley que modifica el artículo 20 de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, disponiendo el pase libre en el servicio de transporte público terrestre para las Personas con Discapacidad Severa.
- LEY N°30421, Ley marco de Telesalud.
- LEY N°30423, Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población.
- LEY N°30433, Ley que modifica la Ley N° 29830, Ley que promueve y regula el uso de perros guía por personas con discapacidad visual.
- LEY N°30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME).
- LEY N°30459, Ley que incorpora el inciso k) al artículo 9 de la Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o).

DECRETOS LEGISLATIVOS

- Decreto Legislativo N°1222, que optimiza los procedimientos administrativos y fortalece el control sanitario y la inocuidad de los alimentos industrializados y productos pesqueros y acuícolas.
- Decreto Legislativo N°1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N°1154, que autoriza los Servicios Complementarios en Salud.
- Decreto Legislativo N°1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N°1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.
- Decreto Legislativo N°1157, que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud.
- Decreto Legislativo N°1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N°1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- Decreto Legislativo N°1160, que modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud - ESSALUD a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - SUNAT por la recaudación de sus aportaciones.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N°1162, que incorpora disposiciones al Decreto Legislativo N°1153.
- Decreto Legislativo N°1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- Decreto Legislativo N°1164, que establece disposiciones para la extensión de la

cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.

- Decreto Legislativo N°1165, que establece el mecanismo de "Farmacias Inclusivas" para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud.
- Decreto Legislativo N°1166, que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Legislativo N°1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N°1168, que dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias.
- Decreto Legislativo N°1169, que establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que ESSALUD notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero.
- Decreto Legislativo N°1170, que establece la prelación del pago de las deudas a la seguridad social en salud - ESSALUD.
- Decreto Legislativo N°1171, que modifica la Ley N° 26790 - Ley de modernización de la seguridad social en salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud.
- Decreto Legislativo N°1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador.
- Decreto Legislativo N°1173, de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud de las fuerzas armadas.
- Decreto Legislativo N°1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- Decreto Legislativo N°1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía nacional del Perú.

DECRETOS SUPREMOS

- D.S. N°001-2011-SA, que modifica el Reglamento de la Ley N° 28705, Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo del tabaco, aprobado por DS N° 015-2008-SA y modificado por DS N°001-2010-SA.
- D.S. N°003-2011-SA, que crea el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos humanos para el Aseguramiento Universal en Salud - PROSALUD, adscrito al MINSA.
- D.S. N°004-2011-SA, que aprueban relación actualizada de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres del pago del Impuesto General a las Ventas (IGV) y derechos arancelarios.
- D.S. N°009-2011-SA, que aprueban Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA.
- D.S. N°011-2011-SA, que aprueban el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Seguro Integral de Salud – SIS.
- D.S. N°012-2011-SA, que precisa alcances del Artículo 1 de la Ley N° 28561, Ley que regula el Trabajo de los Técnicos y Auxiliares Asistenciales de Salud.
- D.S. N°014-2011-SA, que aprueban Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
- D.S. N°015-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Decreto de Urgencia N° 022-

2001, que autoriza la prestación de servicios complementarios para garantizar y ampliar la cobertura de los servicios médico asistenciales en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.

- D.S. N°016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- D.S. N°017-2011-SA, que crea el Programa Nacional "Sistema de Atención Móvil de Urgencia - SAMU".
- D.S. N°004-2012-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28561, Ley que Regula el Trabajo de los Técnicos y Auxiliares Asistenciales de Salud.
- D.S. N°006-2012-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29765, que regula el Establecimiento y Ejercicio de los Centros de Atención para dependientes, que operan bajo la Modalidad de Comunidades Terapéuticas.
- D.S. N°007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud La Sustitución de Listado priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- D.S. N°008-2012-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29561, Ley que Establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.
- D.S. N°007-2013-SA, que aprueba el Plan Nacional Multisectorial e Intergubernamental de Prevención y Control de Dengue en el Perú.
- D.S. N°009-2013-SA, que aprueba el Reglamento del Residentado Odontológico.
- D.S. N°012-2013-SA, que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021, cuyo Anexo forma parte integrante del presente Decreto Supremo y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.
- D.S. N°014-2013-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- D.S. N°001-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1154, que autoriza los servicios complementarios en salud.
- D.S. N°002-2014-SA, que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud.
- D.S. N°003-2014-SA, modifica la conformación de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente aprobada por Decreto Supremo N° 004-2011-SA, que aprobó la relación actualizada de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres del pago del Impuesto General a las Ventas y Derechos Arancelarios.
- DS N°007-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.
- D.S. N°008-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- D.S. N°011-2014-SA, que aprueba el Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y crea Comisión Multisectorial de naturaleza permanente.
- D.S. N°012-2014-SA, que aprueba disposiciones para garantizar la prestación de los servicios de salud durante el ejercicio del derecho de huelga de los servidores

estatales.

- D.S. N°013-2014-SA, dictan disposiciones referidas al Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- D.S. N°016-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- D.S. N°019-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1165, que establece el mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud.
- D.S. N°024-2014-SA, que aprueba el perfil para el otorgamiento de la valorización ajustada por puesto especializado o de dedicación exclusiva en servicios de salud pública a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.
- D.S. N°028-2014-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29662, Ley que prohíbe el asbesto anfíboles y regula el uso del asbesto crisotilo.
- D.S. N°030-2014-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- D.S. N°031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- D.S. N°035-2014-SA, que crea el Programa Nacional de Inversiones en Salud.
- D.S. N°037-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Residentado Químico Farmacéutico.
- D.S. N°038-2014-SA, que modifica el Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas, aprobado por Decreto Supremo N° 007-98-SA y sus modificatorias.
- D.S. N°042-2014-SA, que introduce precisiones para la evaluación de indicadores en determinados tipos de hospitales y modifica aspectos específicos relacionados a los Anexos 2,3 ,1 del Decreto Supremo N°005-2014-SA.
- D.S. N°002-2015-SA, que aprueba modificación del Plan de Salud Escolar 2013-2016, aprobado con D.S. 010-2013-SA.
- D.S. N°004-2015-SA, que aprueba el Reglamento del Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de Salud a que se refiere el artículo 6° del Decreto legislativo N° 1155 y crean la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente del Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud.
D.S N° 007-2015-SA, establece los parámetros técnicos sobre los alimentos y bebidas no alcohólicas procesados referentes al contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas.
- D.S N°015-2015-SA, que modificó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1156, incorporando el Comité Intergubernamental de Emergencia Sanitaria (CIGESA).
- D.S N°017-2015-SA, que amplió plazo de adecuación dispuesto en la Primera Disposición Complementaria Final del Reglamento de la Ley N° 29662, Ley que prohíbe el asbesto anfíboles y regula el uso del asbesto crisotilo, aprobado por Decreto Supremo N° 028-2014-SA.
- D.S N°026-2015-SA, que aprobó el Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el marco del Decreto Legislativo N° 1158.
- D.S N°027-2015-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

- D.S. N° 029-2015-SA, que modificó el Reglamento para el Registro, Vigilancia y Control Sanitario de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado por Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que incluye la modificación del artículo 9, a fin de incorporar a Portugal como país de alta vigilancia sanitaria.
- D.S N°031-2015-SA, que aprobó el Reglamento del Residentado de Enfermería
- D.S N°033-2015-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- D.S N°034-2015-SA, que aprobó el Reglamento de Supervisión de SUSALUD aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- D.S N°035-2015-SA, que aprobó el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y el VIH -PEM ITS VIII 2015-2019.
- D.S N°002-2015-IN, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174; Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- D.S N° 003-2015-IN, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú.
- D.S. N°039-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- D.S. N°001-2016-SA, que aprobó el Texto Único de Procedimientos Administrativos -TUPA del Ministerio de Salud. Se Deroga el Decreto Supremo N° 013-2009-SA, que aprobó el Texto Único de Procedimientos -TUPA, con excepción de los procedimientos N° 1 al 11 referidos a los Institutos Especializados; y, del 1 al 8 referidos a Hospitales, los cuales mantendrán su vigencia hasta la aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos -TUPA del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- D.S. N°002-2016-SA, que modifica los artículos 6, 7 y 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud - SIS, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, los que quedan redactados en los términos señalados en el presente Decreto Supremo.
- D.S. N°003-2016-SA, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba Disposiciones para la Implementación y Desarrollo del Intercambio Prestacional en el Sector Público.
- D.S. N°004-2016-SA, que aprobó la relación actualizada de medicamentos e insumos para el tratamiento de la diabetes para efecto de la inafectación del pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios.
- D.S. N°005-2016-SA, que aprobó el Plan de Intervención de Salud Bucal - 2016, que en documento adjunto forma parte integrante del presente Decreto Supremo.
- D.S. N°006-2015-SA, que declaró en emergencia sanitaria por el plazo de 90 días calendario, a la provincia de Oxapampa del departamento de Pasco y a la provincia de Datem del Marañón del departamento de Loreto.
- D.S. N° 007-2016-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, que consta de 5 Títulos, 8 Capítulos, 142 Artículos y 1 Anexo, que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

- D.S. N°008-2016-SA, que aprobó el" Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- D.S. N°009-2016-SA, que deja sin efecto el Decreto Supremo N-2016-008 °SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- D.S. N°010-2016-SA, disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas - IAFAS Públicas.
- D.S. N°011-2016-SA, que modificó el artículo 103 del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y aprueba el Reglamento que regula la Presentación y Contenido de los Documentos requeridos en la Inscripción y Reinscripción de Productos Biológicos: Productos Biotecnológicos.
- D.S. N°012-2016, dictan disposiciones referidas al Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura requerido para la inscripción y reinscripción en el Registro Sanitario de Productos Farmacéuticos
- D.S. N°013-2016-SA, que aprueba el Reglamento que regula la Presentación y Contenido de los Documentos requeridos en la Inscripción y Reinscripción de Productos Biológicos que opten por la vía de la similaridad.
- D.S. N°016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- D.S. N°018-2016-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30200, Ley que promueve el auxilio oportuno al público en los centros comerciales.
- D.S. N°021-2016-SA, que aprueban el Reglamento de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú.

