



PERÚ

Ministerio
de Salud

INFORME DE GESTION

II SEMESTRE 2010

Febrero 2011

Lima Perú

CONTENIDO

- I. PRESENTACION
- II. MARCO ESTRATEGICO E INSTITUCIONAL
- III. LOGROS ALCANZADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS GENERALES 2010
- IV. RETOS AFRONTADOS Y CONCLUIDOS

I. PRESENTACION

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo y ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

El Ministerio de Salud, a través de sus unidades orgánicas, dependencias y demás instituciones, desarrolla un conjunto de procesos organizacionales, que comprenden¹:

1. Promoción de la Salud
2. Salud Ambiental
3. Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
4. Control de Medicamentos, Insumos y Drogas
5. Prevención y Control de Epidemias, Emergencias y Desastres
6. Planeamiento
7. Organización
8. Información para la Salud
9. Desarrollo Informático
10. Inversión en Salud
11. Financiamiento
12. Desarrollo de Recursos Humanos
13. Logística Integrada

El Informe de Gestión al concluir el año 2010, muestra los logros y avances obtenidos en el marco de las Políticas de Salud que la actual gestión viene desarrollando en beneficio de la mejora de la salud de la población del país.

Asimismo, se incluye dentro del presente documento los retos afrontados y las principales recomendaciones a desarrollarse para el objetivo final que es el bienestar de todas y todos los peruanos.

¹ Reglamento de la Ley N° 27657 del Ministerio de Salud

II. MARCO ESTRATEGICO E INSTITUCIONAL

1. MISION

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde su concepción y respetando el curso de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

2. VISION²

La salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal, con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y en una cultura de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.

3. ROL ESTRATEGICO DEL MINSA

Rector:

- La Vigencia de las funciones esenciales de la salud pública.
- Política en Salud
- Asistencia Técnica
- Supervisión

² Extraída del Reglamento de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud

Financiado:

- El financiamiento de la Salud Pública y Salud Individual y las acciones de dirección, supervisión, asesoría y capacitación en el área de salud.
- Búsqueda de financiamiento a través de la cooperación técnica internacional y/o nacional para el financiamiento de proyectos de inversión, así como financiar las intervenciones que beneficien la salud de la población.
- Propiciar nuevas modalidades de financiamiento y de gestión de los servicios de salud.

4. MARCO ESTRATEGICO SECTORIAL 2007-2011

El Ministerio de Salud como órgano conformante del Poder Ejecutivo, cuenta con instrumentos de gestión que permiten orientar el accionar del Sector, como son los Lineamientos de Política Sectorial 2007-2020, traducidos en Objetivos Estratégicos con un horizonte de 5 años (2007-2011) contenidos en el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) y Plan Estratégico Institucional (PEI).

Los objetivos Estratégicos contenidos en el Plan Estratégico Institucional 2007-2011, que se relacionan con los objetivos generales Institucional para el año 2010 son:

1. Reducir la mortalidad materna y neonatal
2. Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años.
3. Reducir la morbimortalidad de las enfermedades crónico degenerativas, Enfermedades inmunoprevenibles y aquellas originadas por factores externos.
4. Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables.
5. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad
6. Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables
7. Fortalecer el rol de rectoría de salud en los diferentes niveles de gobierno.

8. Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud

Los objetivos Generales Institucionales para el año 2010 son:

- Contribuir en la disminución de la Morbimortalidad Materno Neonatal, con prioridad en la población de menores recursos con enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad.
- Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, especialmente en la población de extrema pobreza.
- Contribuir al control de las enfermedades no trasmisibles, incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control, priorizando a la población más vulnerable con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad.
- Prevenir, atender y controlar las enfermedades transmisibles, mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables.
- Fortalecer las acciones de la población y sus instituciones para mitigar los riesgos y efectos en la salud, generados por fenómenos naturales y antrópicos.
- Mejorar la oferta de los servicios de salud con calidad y gestión eficiente de los recursos, en beneficio de la población.
- Mejorar el acceso de la población a productos farmacéuticos y afines seguros, eficaces y de calidad, usados racionalmente con énfasis en la población más vulnerable y de menores recursos.
- Fortalecer el ejercicio de la rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud, en el marco de los procesos de modernización y descentralización del estado.
- Contribuir al proceso del Aseguramiento Universal en salud del país

II. LOGROS ALCANZADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS GENERALES 2010

OBJETIVO: Contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno neonatal, con prioridad en la población de menores recursos con enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad

En el marco de la implementación de Salud Sexual y Reproductiva en el Perú, se han mejorado indicadores que contribuyen a la Meta 6 del objetivo 5 del milenio. En el primer semestre 2010 según los resultados de la ENDES Continua 2009, el principal indicador la Razón de Mortalidad Materna presenta una disminución significativa de 185 X 100,000 NV en el año 2000 a 103 X 100,000 NV en el año 2009. Resultado a esto la Mortalidad Materna disminuyó en 44% durante los últimos diez años, debido al mayor acceso de las gestantes a los servicios de salud y al control prenatal. Como resultado, a la SE 49 2010 se tiene 424 muertes maternas en comparación al año anterior de 482 (Ver Cuadro):

Muerte Materna. 1997 - 2010

Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	769	739	691	655	656	567	550	628	596	536	513	509	482	424*

La cobertura de partos institucionales se incrementó en 24,1% al primer semestre 2010 con relación al 2000 (de 57,9% hasta 81.2%); y en 2% en relación al 2009. Así mismo, tanto en el área urbana como en el rural, se incrementó de 92.5% a 93.7% y de 55.0% a 58.7%, respectivamente. Específicamente, el parto institucional de gestantes procedentes del área rural se incrementó de 23.4% en el año 2000 a 58.7% al primer semestre 2010.



Para lograr este resultado, se realizaron acciones conducentes a incrementar las casas de espera materna, como una estrategia para disminuir la barrera geográfica para la atención del parto institucional, pues se incrementó de 405 en el año 2009 a 450 casas de Espera maternas operativas en 2010. Así mismo, se ha logrado atender 23,148 partos verticales al III trimestre 2010 e implementación del Modulo para capacitadores en atención del parto en posición vertical con enfoque intercultural.

Al primer semestre del año 2010 la proporción de Gestantes Controladas se incrementó en 30.6% en comparación al año 2000 (de 50.6% a 80.9% respectivamente). Destaca la disminución del número de mujeres en edad fértil que padecen anemia en 10 puntos porcentuales, desde un 31% alcanzado en el 2000, hasta 21% en el 2009, debida al aumento de los controles prenatales, en los que se brinda suplementos de hierro.

Objetivo: Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica en menores de 5 años, especialmente en la población de extrema pobreza.

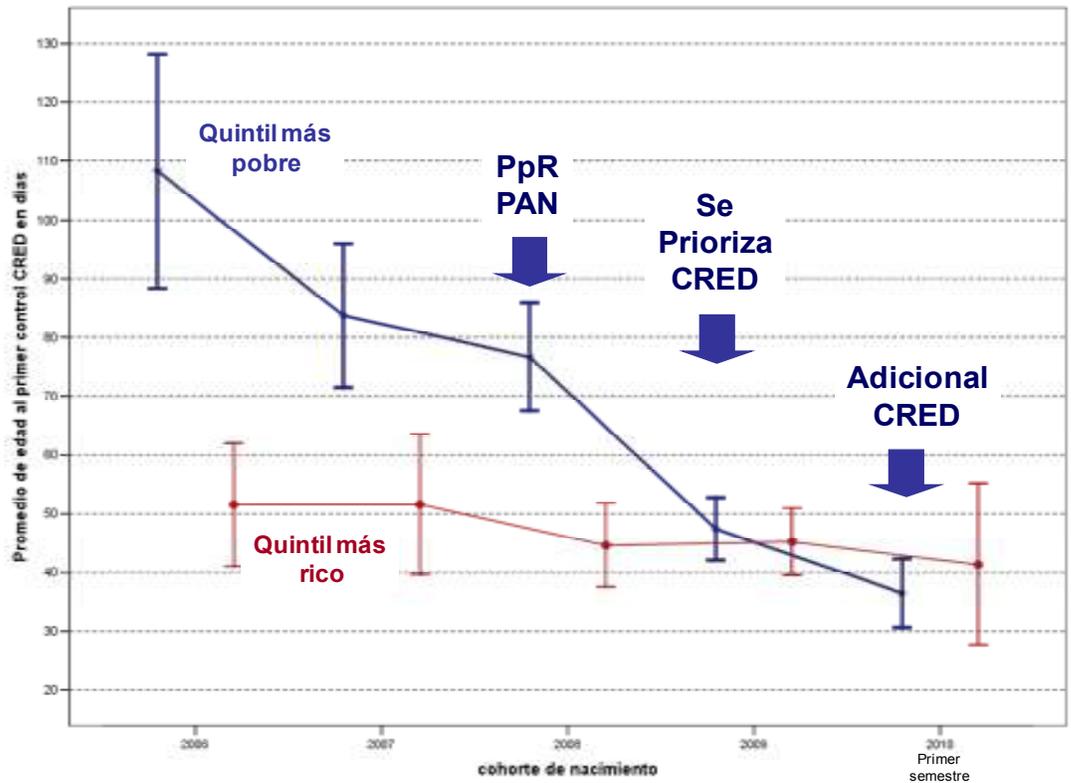
Etapa de Vida Niño:

Para la implementación del CRED, el MINSa ha adquirido equipos para 3439 establecimientos de salud del ámbito CRECER (D.S.212-2009-EF), sobre un total de 7435 establecimientos en todo el país, por un monto de S/. 26 919,498, millones de nuevos soles, cuyas regiones priorizadas fueron: Huancavelica, Ayacucho, Apurímac y Huánuco.

La progresiva implementación del Programa Estratégico Articulado Nutricional y el progresivo incremento del presupuesto ha permitido alcanzar resultados satisfactorios en los indicadores de desnutrición así

como cambios de comportamientos en la población el cuadro adjunto grafica de manera evidente lo mencionado.

Promedio de edad (en días) al cual recibieron su 1er control los niños del quintil más pobre y del quintil más rico



Se cerró la brecha normativa en PEAS, con respecto en las Guías de Práctica Clínica de las Condiciones Neonatales y del niño menor de 12 años con garantías explícitas, mediante la aprobación de la NT N° 087-2010 aprobada con RM N° 990-2010/MINSA, “Norma Técnica para el Control de Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años” y de la NT N° 084-2010 aprobada con RM N° 707-2010/MINSA, “Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido pre termino con riesgo de retinopatía”.

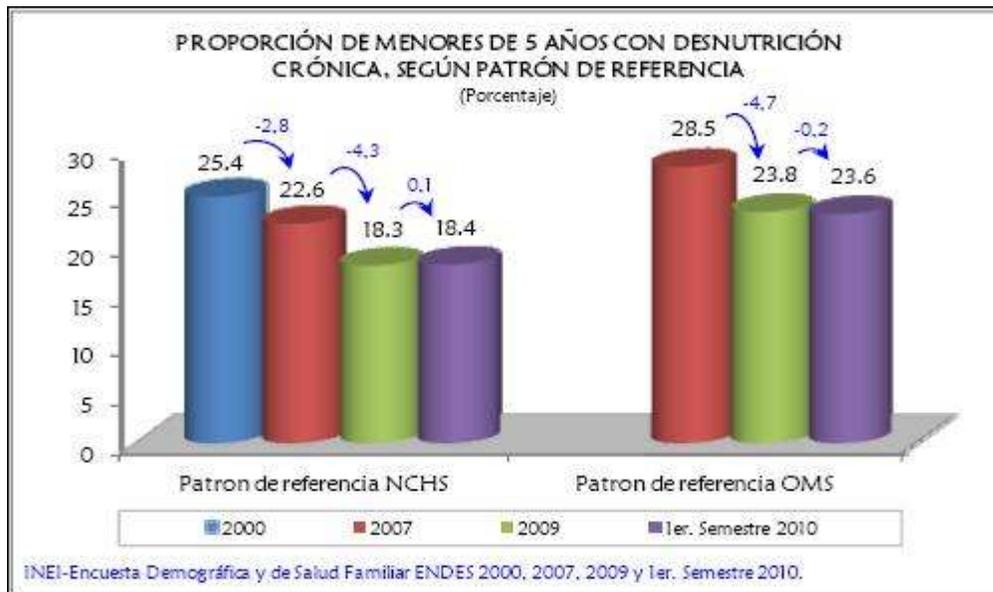
Para la Implementación de la Suplementación con Multimicronutrientes en coordinación y alianza con el MIMDES y el apoyo técnico financiero del Programa Mundial de Alimentos y el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia –UNICEF, se benefició a 90,000 niñas y niños menores de 36 meses, en base a pilotos en tres regiones del país (Apurímac, Ayacucho y Huancavelica), proyectándose la extensión a las demás regiones piloto.

Se logró disminuir la mortalidad por neumonías en relación al 2009 en un 18% (442 a 363) en el menor de 5 años, especialmente en regiones alto andinas.

2008	2009	2010
389	442	363

Como efecto se mantienen las tendencias de disminución de:

- La mortalidad Infantil 20 por mil nacidos vivos, habiendo logrado el objetivo del Milenio previsto para el 2015.
- La proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica fue de 18.4 %.



Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica por patrón de referencia

	2000	2007	2009	2010
Patrón de referencia NCHS	25.4	22.6	18.3	18.4
Patrón de referencia OMS		28.5	23.8	23.6

Los logros mencionados han sido alcanzados porque el estado peruano dedicó esfuerzos en fortalecimiento de las competencias de los profesionales de salud mediante la capacitación a 536 profesionales de

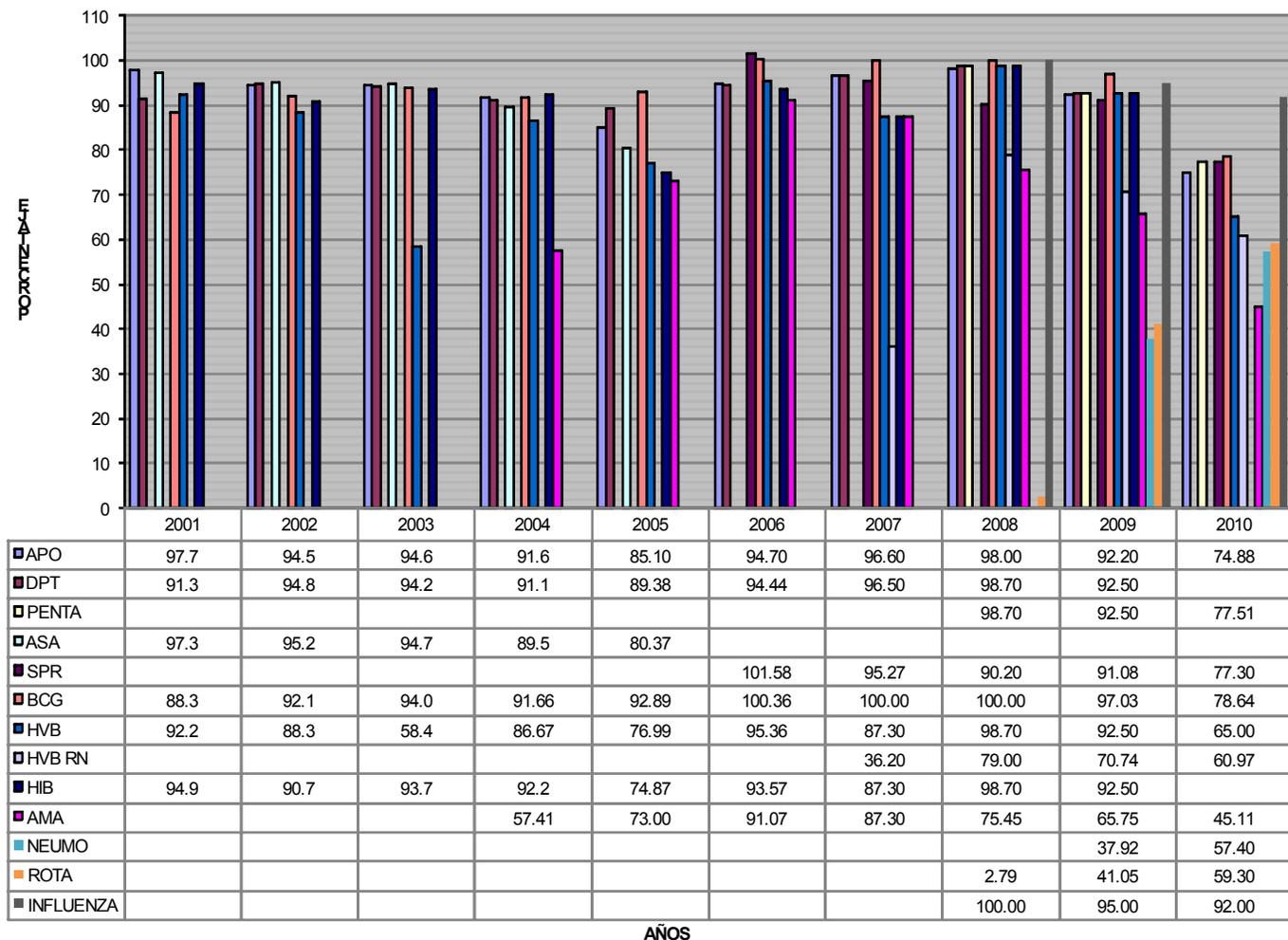
salud, en manejo de enfermedades prevalentes en la infancia. Además de elaboración del modulo de capacitación virtual ICATT (AIEPI virtual) y formación de 50 facilitadores en 10 regiones del AUS.

En el tema de inmunizaciones, se ha logrado optimizar el Calendario de Inmunizaciones Nacional más completo en todo Sudamérica, en un total de 14 vacunas diferentes, además de la próxima integración y aplicación de la VPH que sumarán 15. Es así, en el año 2010 se ha mejorado las coberturas de las vacunas nuevas introducidas en el año 2009, que recién en el presente año contaron con suministro adecuado; por ejemplo la vacuna contra el neumococo de 37.9% en 2009 a 57.4% en 2010 y rotavirus de 41.1% en 2009 hasta 59.3% en 2010.

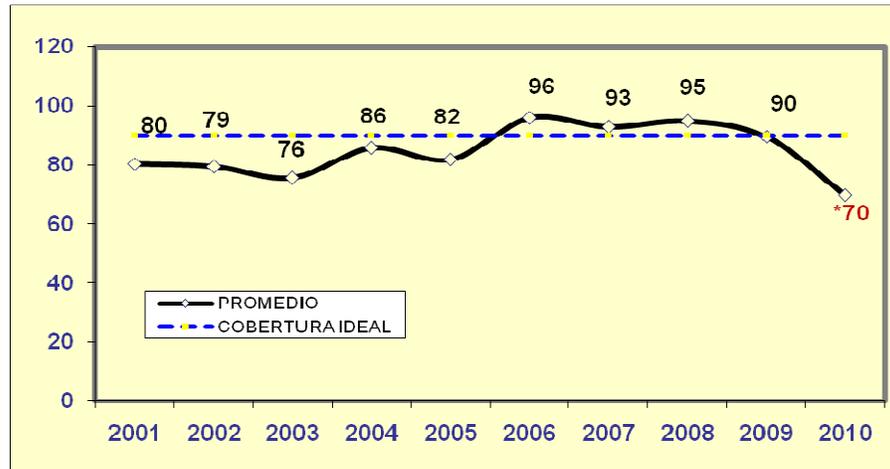
Asimismo, se han mantenido las coberturas en las vacunas básicas y se ha incrementado la vacuna contra Hepatitis B en la población adulta con

COBERTURA DE PROTEGIDOS EN MENORES DE 1 AÑO POR TIPO DE VACUNA EN EL PERU

AÑOS 2001 - 2010



énfasis en zonas altamente endémicas. Al tercer trimestre del 2010 se ha beneficiado con vacunas a 1 291 956 niños menores de 5 años, de los cuales son 466 693 niños menores de 1 año. Asimismo han protegido a 2 120 00 millones de mujeres y adultos de enfermedades como diphteria, tétanos, sarampión, rubéola, fiebre amarilla, influenza y Hepatitis B.*



*Las coberturas correspondientes al año 2010, son estimaciones en razón de que aún las DIREAS/DISAs, no han entregado todos sus reportes finales.

El 70% de avance del promedio de coberturas es un estimado hasta el mes de septiembre, según la fuente de Estadística e Informática, ya que aun no se cuenta con registros actualizados del último trimestre del año 2010.

El país desde el año 2007 hasta la fecha ha invertido 38 000 000 millones de soles en la adquisición de equipos de cadena de frio a través de la OPS y UNICEF, en los cuales se adquirieron 52 cámaras frías para fortalecer los almacenes regionales en virtud del incremento del número de vacunas en el Esquema Nacional de Vacunación.

De estas 52 cámaras se han instalado 29 cámaras frías a nivel de regiones y en el almacén nacional del MINSA, todo este proceso de instalación ha significado una inversión de aproximadamente 1 500 000 nuevos soles, brindando el soporte y asistencia técnica con técnicos de cadena de frio capacitados para instalar y evaluar las cámaras frías y otros equipos frigoríficos de última tecnología.



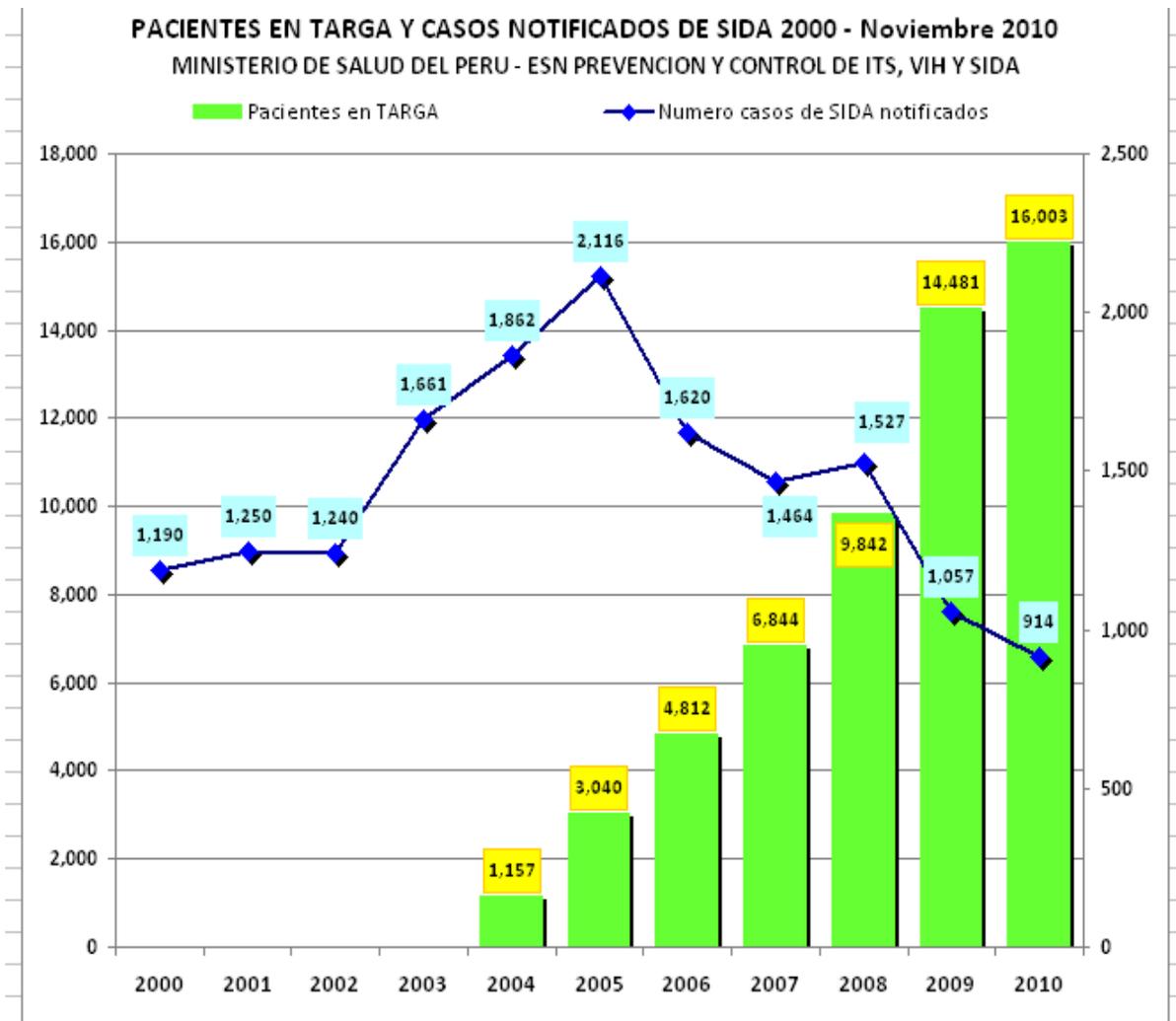
OBJETIVO: Prevenir, atender y controlar las enfermedades transmisibles, mediante el fortalecimiento y desarrollo de modelos eficientes de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables.

Ante la segunda ola de la Influenza AH1N1 en el Continente Latinoamericano, el Perú logró proteger a más 2 millones de personas considerando las recomendaciones de la OPS durante el 2010 mediante campaña nacional de vacunación contra Influenza Pandemia AH1N1, protegiendo contra esta enfermedad mortal a 2 413 052 personas consideradas en riesgo entre los 6 meses de edad hasta los 60 años a más. Se usaron en total 3 000,000 millones de dosis contra la Influenza AH1N1, esta acción permitió controlar la presentación de casos de AH1N1 en el país. El costo que asumió esta intervención es de aproximadamente S/.88 728 954 nuevos soles, que cubrieron el costo de las vacunas y jeringas, así como los gastos operativos de la vacunación en las regiones.

DISEA / DISESA	GRUPO DE EDADES							
	Total	06 a 11 Meses	01 a 04 Años	05 a 09 Años	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 a 59 Años	Más de 60 Años
PERU	2,413,052	29,342	183,341	339,329	322,321	231,673	1,126,693	181,164
AMAZONAS	18,714	2,012	18,284	23,666	17,860	8,740	34,166	8,406
ANCASH	88,209	1,306	7,154	14,130	11,741	8,893	48,817	8,378
APURIMAC	38,006	278	3,220	8,073	4,448	3,204	17,960	4,178
AREQUIPA	23,180	1	187	960	748	1,285	16,693	3,296
AYACUCHO	18,216	88	520	1,803	1,898	1,218	8,727	1,101
CAJAMARCA	81,484	713	5,169	14,403	17,388	12,810	37,791	4,884
GALLAD	88,720	977	3,306	4,903	9,014	8,379	42,084	7,661
CUSCO	81,888	1,284	8,738	7,200	4,188	4,740	31,024	3,421
HUANCAVELICA	82,648	2,297	14,217	18,888	11,398	8,474	28,081	8,888
HUAMBO	39,481	153	847	2,830	8,383	8,893	28,284	1,811
ICA	87,282	78	348	3,888	8,827	8,740	38,088	8,888
JUNIN	182,706	1,784	12,482	27,178	27,087	18,287	81,402	8,818
LA LIBERTAD	188,008	1,828	11,888	17,888	22,878	17,401	73,007	14,788
LAMBAYEQUE	88,888	838	4,788	8,188	8,888	8,188	28,888	8,488
LIMA CIUDAD	211,841	818	3,401	13,188	12,804	12,888	134,818	34,888
LIMA ESTE	188,801	1,883	8,388	18,871	8,888	7,884	81,723	8,788
LIMA	84,832	172	3,083	4,523	8,862	8,848	38,413	8,201
LIMA SUR	118,818	2,334	8,848	18,797	18,807	7,388	88,388	12,213
LORETO	231,378	3,110	23,887	38,388	38,328	28,373	84,883	8,344
MADRE DE DIOS	14,483	142	1,088	1,711	2,888	1,313	7,188	888
MOQUEGUA	32,872	188	888	4,111	3,828	3,844	18,118	3,482
PASCO	47,418	184	2,888	8,883	8,188	8,232	18,420	2,242
PIURA	241,037	3,088	17,882	48,248	48,108	28,482	84,288	12,278
PUNO	48,300	472	2,088	3,037	4,278	4,331	24,034	8,420
SAN MARTIN	121,048	2,714	18,897	23,017	14,283	13,074	48,100	8,214
TACNA	18,488	478	1,388	1,828	1,347	1,283	18,484	1,813
TUMBES	4,388	163	584	888	278	282	2,488	448
UCAYALI	188,384	420	3,083	17,288	21,822	18,297	48,788	1,884

FUENTE: BASE DE DATOS NACIONAL DE VACUNACION AMHIC
 ELABORACION: MINISA-OFFICINA GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA
 08/09/2010 - 08:00 Hrs.

Al 2010, se evidencia una disminución de casos de SIDA, de 1057 casos en el año 2009 a 914 en el año 2010, lo cual responde a un incremento de



la cobertura del tratamiento antirretroviral en un 10.51%, en comparación al año 2009, a través de la descentralización de TARGA y las capacitaciones a los equipos multidisciplinarios a nivel nacional, habiéndose incorporado a noviembre de 2010 un total de 1 522 nuevos pacientes en tratamiento TARGA.

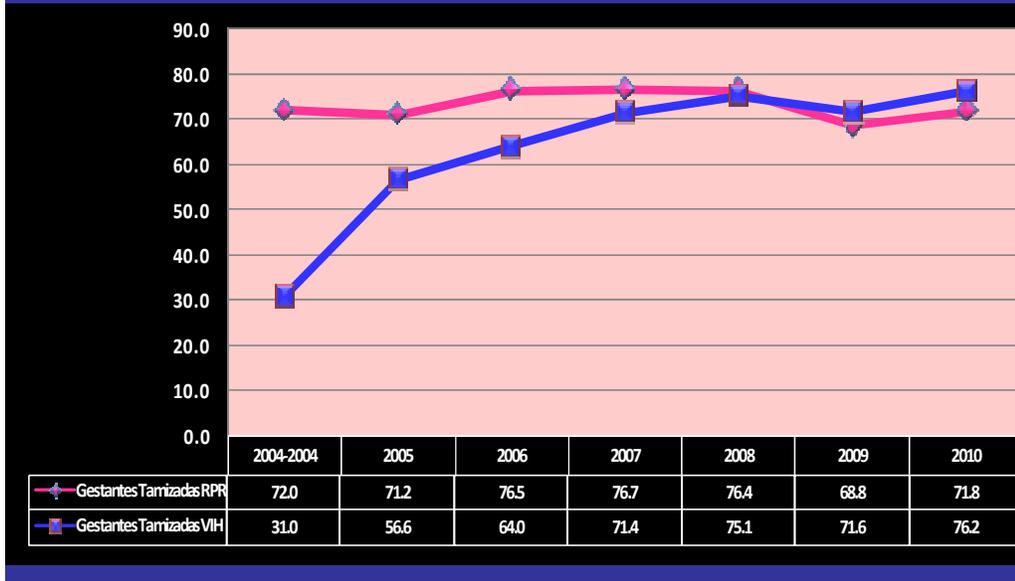
A través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria se obtuvo la cuarta aprobación en proyectos de VIH para los próximos 5 años a partir del 2011; con el fin de implementar políticas y acciones para la prevención y el acceso a la salud integral de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA en nuestro país a través de la aprobación X Ronda, por un monto de 12 millones de dólares. Este financiamiento está orientado a ocho regiones que representan el 80% de los casos reportados de VIH y Sida (Lambayeque, La Libertad, Lima, Callao e Ica, Loreto, San Martín y Ucayali).

Por otro lado, en el país, por primera vez se implementó las pruebas rápidas treponémicas para Sífilis que se pueden realizar en 10 minutos en el contexto de la atención primaria de la salud, junto a la prueba rápida de VIH, con el fin de optimizar el diagnóstico oportuno. En este contexto, se fortaleció las competencias a 160 profesionales de salud de 16 regiones del país, en las nuevas técnicas quirúrgicas como la cesárea con membranas íntegras, consideradas en la nueva Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño/a del VIH, la Sífilis Congénita y Hepatitis B, la misma que está en proceso de validación.

Incremento del tamizaje de descarte de VIH en adolescentes en riesgo de 5,171 (2007) a 19,229 (2010).

Se logró incrementar el tamizaje de VIH en gestantes de 68.8% en el 2009 a 71.8% en el 2010 y tamizaje de Sífilis en gestantes de 71.6% para el 2009 y 76.2 para el 2010.

GESTANTES TAMIZADAS EN VIH Y SIFILIS



Se ha logrado reducir la transmisión vertical de VIH madre a niño de 14% en el 2009 a 6% en el 2010.

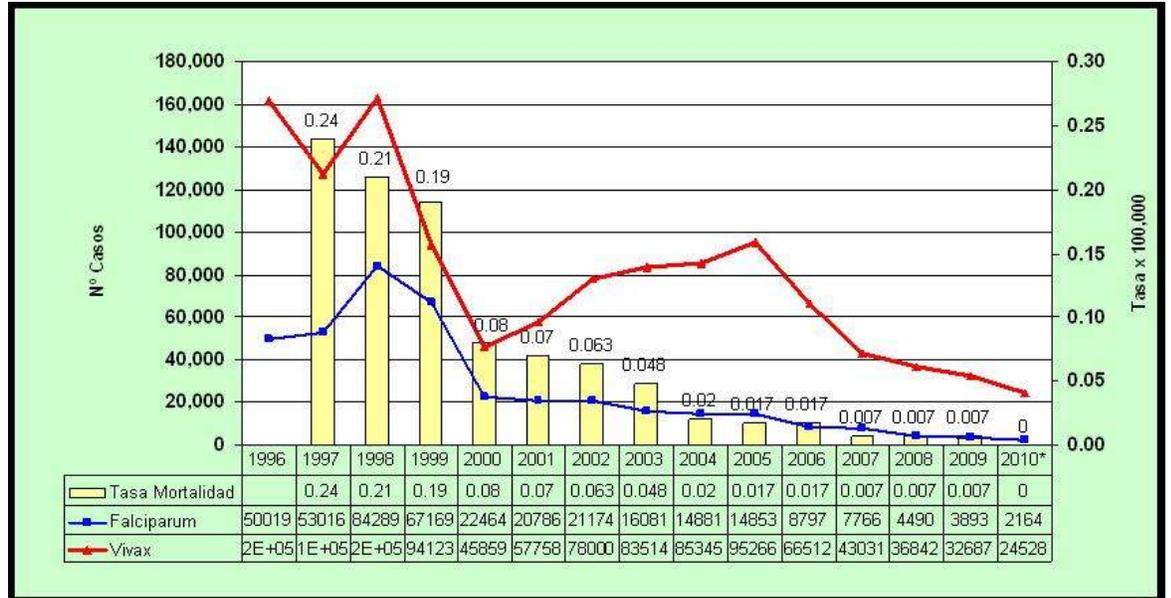
En lo que respecta a hepatitis, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infección de Transmisión Sexual y VIH - SIDA ha asumido las funciones de la prevención, diagnóstico y tratamiento para el control de la Hepatitis B mediante la R.M. N° 485-2010/MINSA a partir del 16 de junio de 2010. Por ello se ha logrado la intervención oportuna en la población del Datem del Marañón circunscrito al Centro de Salud San Lorenzo, con la entrega de tratamiento y capacitación del manejo de la Hepatitis B, así como la vacunación a la mayoría de la población como mecanismo de control de transmisión, mediante un agresivo programa de inmunizaciones en toda la zona en riesgo.

Se ha realizado Campaña Nacional contra Hepatitis B protegiendo contra esta enfermedad mortal a 2 568 973 personas consideradas en riesgo entre los 2 años hasta los 60 años de edad, priorizándose las poblaciones más vulnerables del país como las etnias amazónicas de Kandoshi y Shapra.

Para proteger los adolescentes de las enfermedades de transmisión sexual se consiguió incrementar el tamizaje de descarte de VIH en adolescentes en riesgo de 5 171 (2007) a 19 229 (2010).

Existe reducción sostenida de la transmisión de la Malaria en el Perú, logrando en el año 2010 una disminución del 25 % de los casos, respecto al año anterior.

MALARIA EN EL PERU 1996-2010*



* S.E. 49

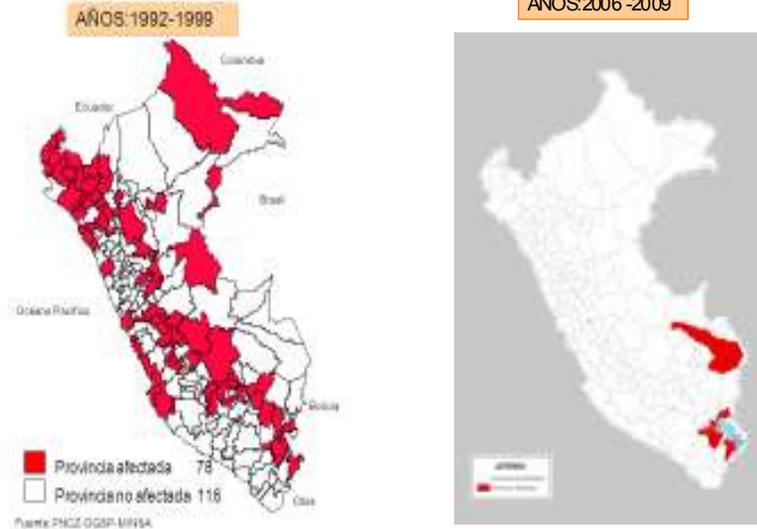
En el 2010 no se han registrado casos agudos de la Enfermedad de Chagas transmitidos por *T. infestans*. Se ha logrado la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de *T. Cruzi* por *T. infestans*, en las Regiones de Moquegua y Tacna en el año 2009.

Asimismo, en el año 2010 se logró una reducción del 65.36% en la notificación de casos de Bartonelosis, y una reducción del 85.82% de la mortalidad por Bartonelosis.

En lo que respecta a zoonosis, con la Declaración oficial de Aéreas Libres de Rabia humana y canina producida por variante V1 y V2, del 88% del territorio nacional, excepto las regiones de Puno y Madre de Dios; según los requisitos previstos por la OIE en el Código Sanitario para los Animales Terrestres, artículo 8.10.2.

“88% de la superficie del país se mantienen en “0” casos de rabia urbana”

RABIACANINA PERÚ 1992-2009



Únicamente el Departamentos de Puno desde el 2006 y Madre de Dios, desde el 2009 continúan registrando casos de rabia urbana, situación que se mantiene en el 2010

Los Departamentos de Piura, Lambayeque, se mantuvieron sin casos de Peste durante el año 2010.

Disminución del 30 % de los casos de brucelosis humana en relación a los casos reportados en el año 2009 (221 Casos).

Aprobación mediante RM N° 684-2010/MINSA la NTS N° 083-MINSA/DGSP. V.01 “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Peste en el Perú”.

En el 2010 hubo una disminución de 5.9% en la Tasa de Morbilidad por Tuberculosis (de 118.1 a 111.1 por 100,000 Hab.) en comparación al año anterior.

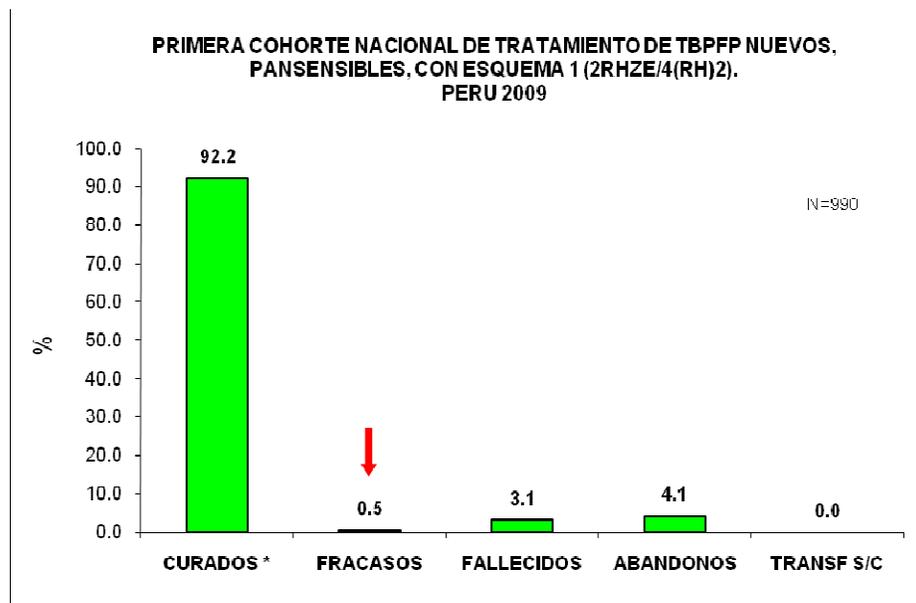
Se mantiene la búsqueda sostenida en la detección de casos mediante el examen de sintomáticos respiratorios con un incremento de 0.8% (en el 2009 se examinó a 879,864 S.R. y en el 2010, 886,898 S.R.).

Incremento en la proporción de curación de 87.8% a 89.2% de TB sensible (cohorte 2008, cohorte 2009 respectivamente).

Disminución en la proporción de fracasos al tratamiento de 1.3% en la cohorte 2008 a 1.1% en la cohorte del 2009. Y la disminución del abandono de tratamiento TB de 6.6% a 6.2% (Primera disminución en 4 años).

Se han garantizado los requerimientos quimioterapéuticos antituberculosos en el PPR 2011.

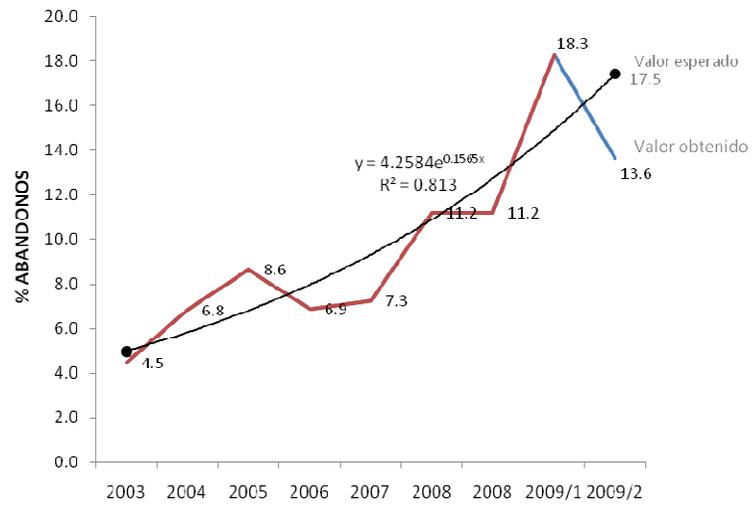
De la primera cohorte nacional de tratamiento de TBFPF PANSENSIBLE, se obtuvo resultados alentadores, elevada tasa de curación (92.2%) y muy baja tasa de fracasos al tratamiento (0.5%). Ello permitirá disminuir la morbilidad TB en general pero sobre todo la morbilidad por TBMDR (menor transmisión), menor letalidad, menor discapacidad.



Fuente: ESNPCT.

Disminución de los abandonos de tratamiento de las cohortes de TBFPF/VIH. La disminución fue de 18.3% → 13.6%, como consecuencia de la campaña 2010 de la ESNPCT presionando por la disminución de los abandonos de tratamiento en general y el establecimiento de metas consensuadas con los coordinadores regionales en dicho sentido.

TENDENCIA DE LOS ABANDONOS DE TRATAMIENTO DE LA COHORTE DE TBFPF/VIH.
PERU 2003-2009/2



OBJETIVO: Contribuir al control de las enfermedades no trasmisibles, incorporando modelos eficientes de intervención sanitaria para la prevención y control, priorizando a la población más vulnerable con enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad

En el marco de este objetivo institucional y para garantizar la incorporación de las medidas de promoción y prevención de enfermedades no transmisibles en las personas adultos mayores se desarrollo el Proyecto de Estudio “ESTADO DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL PERÚ - SABE PERÚ 2010 – 2011, de aplicación en el ámbito nacional cuyo objetivo es conocer el estado de salud, bienestar y envejecimiento en las personas adultas mayores en el Perú.

En búsqueda de incidencia política sobre el tema de discapacidad se aprobó la Política Andina en Salud de “Prevención de la Discapacidad y Atención, Habilitación /Rehabilitación Integral de las personas con Discapacidad”. Por la Ministra y Ministros de Salud de los países miembros de la Región Andina, mediante Resolución REMSAA 457 la cual reafirma la voluntad política para asumir el reto de enfrentar y dar respuesta integral a este grave problema de salud pública.

Se realizaron acciones para el fortalecimiento y articulación de la atención al Adulto Mayor mediante la donación de vehículos accesibles para uso exclusivo de personas con discapacidad y adultos mayores a 52 entidades públicas (Gobiernos Regionales, Gobiernos locales, servicios de rehabilitación de hospitales entre otros).

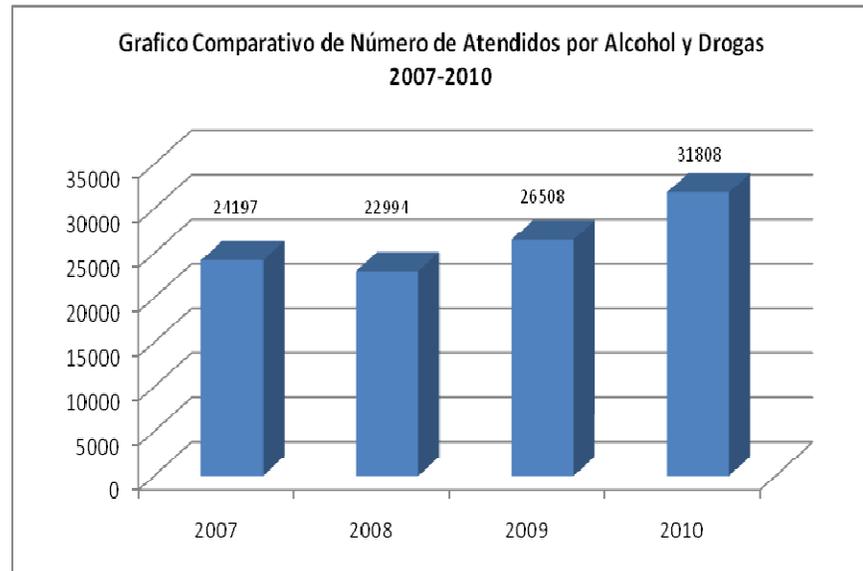
Modificación de la NTS N° 068-MINSA/DGSP-V.1, que establece el Listado de Enfermedades Profesionales en la Clasificación Grupo 3 Enfermedades causadas por agentes biológicos que se indica como agente a la Leishmania donavani/tropical la cual es modificada por la Leishmania sp debido a que dicha especie no corresponde a la circulante en nuestro país. Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 798-2010/MINSA.

Se brindó Atención Integral a 82 personas con discapacidad víctimas de minas antipersonales de las regiones de Junín y Huancavelica a través de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud para el tratamiento y rehabilitación, logrando su rehabilitación, inserción e integración de la persona con discapacidad en la sociedad; e implementación el servicio de rehabilitación del mencionado hospital y la instalación de un taller de ayudas biomecánicas.

En Salud mental y cultura de paz, se aprobó y puesta en marcha del Plan Nacional Intersectorial de Salud Mental 2011-2021, Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA.

En coordinación con Comisión Nacional para el Desarrollo de Vida sin Droga-DEVIDA, se transfirió a 12 Gobiernos Regionales de: Ancash,

Apurímac, Arequipa, Huánuco, Junín, Lambayeque, Loreto, Moquegua, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali, un total de S/. 200,000.00 nuevos soles por cada región, para el fortalecimiento de la detección, atención y tratamiento de alcohol y otras drogas.



En el gráfico observamos que, las atenciones realizadas respecto al consumo de alcohol, y otras drogas, se ha incrementado en el año 2010, siendo este aumento de demanda del 19.9% respecto al año anterior y en relación al año 2007 se tiene un incremento del 31.7%.

En el año 2010 se incremento en 11.46%, el número de atendidos en relación al año 2009 (Ansiedad, Depresivo, C. Suicida, Psicosis, Violencia, Maltrato Infantil, alcoholismo, Otras Drogas, entre otros).

Trastorno de Salud Mental	2007	2008	2009	2010
Ansiedad	72468	81355	92521	105937
Depresivo	76212	86785	95828	107327
C. Suicida	6253	6451	5772	6638
Psicosis	1193	21745	
Violencia	106938	118253	123390	128943
Maltrato Infantil	63141	2686	3826	7847
alcohol	20152	19439	23554	28500
Otras Drogas	4045	3555	2954	3308
Otros	92446	114521	144958	184995
Total de Atendidos	441655	434238	514548	573495

La Descentralización de la gestión de la atención en Salud Mental en trabajo coordinado con el Instituto de Salud Mental, Hospital Larco Herrera y H. Hemilio Valdizan (Iquitos Ayacucho, Tacna, Apurímac).

Durante el año 2010, se capacitaron 3 093 profesionales de la salud en el manejo de las Guías Clínicas de atención en Salud Mental.

Se realizaron en Huamanga, Puquio, Huánuco, Andahuaylas, Abancay, Junín y Huancavelica capacitaciones al personal de salud del primer nivel de atención y a las autoridades locales con el tema de “Calidad y Buen Trato en la Atención a los afectados de la violencia política”, organizada por la Comisión Multisectorial del Alto Nivel, en coordinación con los responsables regionales de salud mental de las DIRESAS, así como la participación del Registro Único de Víctimas (RUV) y el Seguro Integral de Salud.

Se logro la capacitación a través de pasantías con entrenamiento especializado de atención en los MAMIS de profesionales Psicólogos (06) del interior del País (Ica, Chincha, Huacho, Pucallpa, Cañete y Huanta), en el Hospital Nacional “Cayetano Heredia” e Instituto Nacional del Niño.

Asimismo se logró la capacitación a los profesionales del I y II nivel de atención en el manejo del Módulo de “Familias Fuertes”.

En el Marco del Proyecto Intersectorial “El Estado y la Sociedad contra la Violencia, el Abuso Sexual Infantil y la Explotación Sexual Infantil” en las

que participan las Direcciones Regionales de Cusco, Loreto y Madre de Dios, Ica y las DISAS de Lima se ha instalado 8 módulos MAMIS, contando actualmente con 41 módulos de intervención, lo que permitirá una atención oportuna en las víctimas de maltrato.

En salud bucal, se incrementó al 9.5% de atendidos con atenciones preventivas y promocionales de salud bucal a la población en todas las etapas de vida en el año 2009 (1 814 938 beneficiarios con Atenciones de consulta externa), así como las campañas de salud bucal, i.

Campaña de Salud Bucal en Condorcanqui de Nieva de la región Amazonas y San Martín de Pangoa - Junín en mayo del 2010 (un total de 1 200 beneficiarios en pobreza y extrema pobreza). Además de Atención preventiva promocional mediante Bus Odontológico (2,820 beneficiarios).

Se ha desarrollado en coordinación con la Dirección General de Epidemiología el taller de "Capacitación y calibración en caries dental, fluorosis del esmalte, enfermedad periodontal y maloclusión a cirujanos dentistas de las regiones del Perú para ejecución del estudio epidemiológico de salud bucal en escolares de 3 a 15 años, Perú 2010" mediante el cual se podrá obtener la situación epidemiológica actual y real del país siendo en total 47 Cirujanos Dentistas capacitados para ello, invirtiéndose S/. 47 300.00.

Acceso de la población a la atención preventiva promocional mediante Bus Odontológico, se realizaron campañas de atención gratuita en 06 distritos de Lima Metropolitana (Chorrillos, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Barranco), beneficiándose a 2 820 pobladores e invirtiéndose aproximadamente S/. 96 000.00.

La propuesta del Catálogo Nacional de Procedimientos Odontológicos fue validado por las instituciones prestadoras, Universidades.

En el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata 2007 – 2010 se programó atender 83 502 casos de ceguera, por lo cual a partir del año 2007 a noviembre del año 2010, a través del Ministerio de Salud se logró realizar un total de 35 158 cirugías de catarata, y EsSalud realizó 58 450 cirugías de catarata, logrando un total de 93 608 cirugías de catarata.

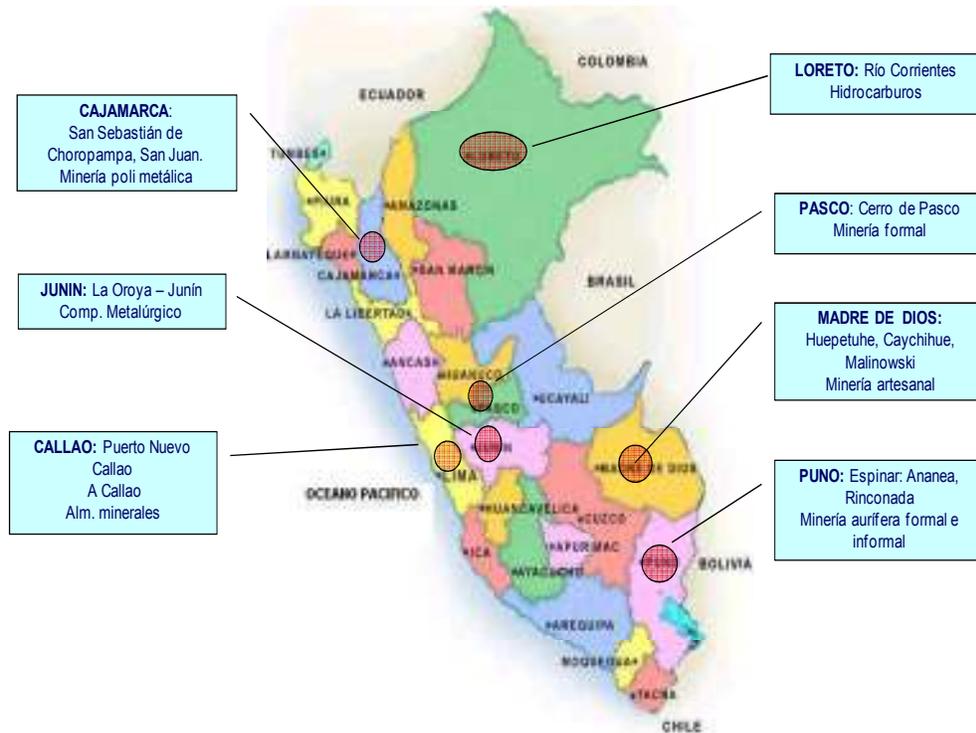
AÑO	MINSA	ESSALUD
2007	7704	8055
2008	9935	20044
2009	10355	20439
2010	7164	9912
Total	35158	58450

En el marco del mencionado plan y con el propósito de mejorar la oferta de tamizaje y tratamiento de cataratas, el Ministerio de Salud suscribió el Convenio N° 003-2009/MINSA con la Iniciativa Clinton Giustra para el Desarrollo Sostenible y con la Fundación Carlos Slim, logrando 9 916 intervenciones quirúrgicas desde junio del 2009 al año 2010.

Asimismo, el año 2008 se suscribe el Acuerdo Interinstitucional entre el Ministerio de Salud del Perú y Servicios Médicos Cubanos de la República de Cuba, para la creación del Centro Oftalmológico en la Región Cusco, logrando desde el año 2009 a la fecha, 1 321 cirugías de catarata y 6 885 cirugías.

A través de la ESN de Atención a Personas Afectadas por la Contaminación por Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas se está implementando la Medida Cautelar N° 271-05, impuesta por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a favor de 65 pobladores de la ciudad de La Oroya, quienes demandaron al Estado Peruano por encontrarse supuestamente "Contaminados por Plomo". Desde el año 2007 a la fecha se encuentran asegurados por el SIS (46) y EsSalud (18) por tiempo indefinido.

Relación de ámbitos geográficos críticos priorizados



Con un enfoque Integral para la identificación y atención de personas en riesgo de intoxicación por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas en coordinación con la Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud, Direccional General Salud Ambiental, Dirección General de Promoción de la Salud y Defensoría de la Salud y Transparencia y el Instituto Nacional de Salud del Niño, se realizaron actividades multisectoriales para el fortalecimiento de competencias del personal de salud en Junín, Pasco, Puno, Cajamarca, Loreto, Madre de Dios, Callao, Ancash, Cusco y la última en la DIRESA Piura - DISA Luciano Castillo.

Como expresión de la responsabilidad del estado peruano sobre el tema de salud de los pobladores de la ciudad de Cerro de Pasco se desarrollo un Plan Integral de Salud para la atención y reubicación de la ciudad de Cerro de Pasco en el marco de la Ley N° 29293 “Ley que Declara de Necesidad Pública e Interés Nacional la Implementación de Medidas para lograr el Desarrollo Urbano Sostenible Concertado y la Reubicación de la Ciudad de Cerro de Pasco”.

Por primera vez se Incorporación de productos quelantes al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, aprobado con RM N° 062-2010/MINSA, para ser utilizados en pacientes den escasos recursos que acuden a los EESS de Sector Público.

OBJETIVO: Mejorar la oferta de los servicios de salud con calidad y gestión eficiente de los recursos, en beneficio de la población

En el marco de fortalecimiento del I nivel de atención como parte fundamental de la Reforma de modernización del Sistema sanitario nacional fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar oficializado mediante R.M. N° 587-2009/MINSA.

Se ha realizado la definición de los perfiles laborales en salud familiar y coordinación con la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos, necesarios para el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Se desarrollaron Alianzas estratégicas con la Cooperación Técnica Cubana para el fortalecimiento de capacidades en el 1er nivel de atención en diversas zonas del país. Se han fortalecido dos redes de Salud : Red Socota-Cajamarca y Red Pisco –Ica en atención de Salud Familiar con apoyo de la Brigada Cubana.

La Implementación del Proyecto “Infecciones Zero”, cuyo objetivo es contribuir a reducir los riesgos de infección intrahospitalaria en 14 unidades de cuidados intensivos priorizados de 7 hospitales públicos y privados.

Fortalecimiento de acciones para la Cirugía Segura mediante la aprobación del Documento “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” mediante Resolución Ministerial N° 308-2010 /MINSA

Se fortaleció la capacitación de 2,514 potenciales evaluadores internos para la auto evaluación de establecimientos de salud del MINSA y 150 profesionales de salud de las Redes Asistenciales de Lima y Callao de ESSALUD:

Se conformo oficialmente 419 equipos de acreditación, correspondientes a 68 equipos de establecimientos con categoría II-2, 6 equipos de establecimientos con categoría III-1 y 345 equipos correspondientes a Microrredes del MINSA y 19 equipos de acreditación correspondiente a 19 Centros Asistenciales de Salud de 20 Redes Asistenciales de ESSALUD.

Conformación oficial de 2 095 evaluadores internos, correspondientes a 68 establecimientos de salud II-2, 6 establecimientos de salud III-1 y 345 Microrredes del MINSA y 250 evaluadores internos correspondiente a 50 Centros Asistenciales de Salud de 20 Redes Asistenciales de ESSALUD

Otras de las acciones realizadas fue la Validación de la herramienta (Encuestas) para la Medición de la Satisfacción del Usuario Externo,

utilizando la metodología SERVQUAL Modificado en el Marco del Aseguramiento Universal, en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del nivel hospitalario y Consulta Externa para el Primer Nivel de Atención, en las DIRESAS: Apurímac (Andahuaylas-Abancay), Piura, Ica, Callao y Hospitales de Lima: Santa Rosa, San José, Huacho y Vitarte.

Se ha culminado el Programa de Desarrollo de Capacidades para la Implementación del Estudio de Clima Organizacional - 2010, se han realizado 11 Teleconferencias, cada una de ellas con 55 puntos de conexión, cada punto con un total de 10 participantes en promedio, lo que nos muestra que hemos llegado a un total de 550 personas por cada Teleconferencia, en total 6,050 personas en este año.

Para el fortalecimiento de la calidad de los servicios hospitalarios en especial para disminución de las infecciones intrahospitalarios se creó la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, aprobada con Decreto Supremo N° 052-2010/PCM (06/05/10), que congrega a los actores para la generación de estrategias concretas sobre la solución del problema de infecciones intrahospitalarias. A la fecha se han sostenido 4 sesiones habiéndose instalado, elaborado su reglamento y abordado el tema desde cada prestador en el sector salud.

Durante el año 2010, a través de la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias (CENARUE), se efectivizaron el 51% de las referencias coordinadas (14,921 de 26,840 referencias coordinadas), mientras que en el año 2009, se efectivizaron el 49% de las referencias coordinadas (14 568 de 29 523 referencias coordinadas).

REFERENCIAS COORDINADAS VS REFERENCIAS EFECTUADAS POR LA CENARUE				
SEDES DE LA CENARUE	REFERENCIAS COORDINADAS		REFERENCIAS EFECTUADAS	
	2009	2010	2009	2010
Sede Central - Ministerio de Salud	4820	4311	2458	2756
Instituto Nacional Materno Perinatal	4049	1992	2146	1117
Instituto Nacional de Salud del Niño	3073	3766	1690	2132
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	3331	3192	1566	1665
Hospital Nacional Cayetano Heredia	3904	2819	1366	1546
Hospital de Apoyo María Auxiliadora	3923	2754	2040	1384
Hospital Nacional Daniel A. Carrión	3777	2766	1926	1089
Hospital Nacional Hipólito Unanue	2646	5240	1376	3232
TOTAL	29523	26840	14568	14921

Fortalecimiento de las competencias del personal directivo de las áreas críticas (emergencia, uci, centro quirúrgico, centro obstétrico, hemodiálisis) en 8 hospitales de Lima y en 5 regiones.

Aprobación de la Guía Técnica: "Atención de Insuficiencia Respiratoria Aguda en Pacientes con Influenza", aprobada con R.M. N° 503-2010/MINSA.

Como fortalecimiento de la Atención Médica Especializada en las Regiones: se han realizado 03 campañas médicas en Hospitales Regionales (Tumbes y Junín) con la participación de médicos especialistas de los Hospitales e Institutos de Lima, resultando un total de 2,326 atenciones de ayuda médica especializada gratuita.

Fortalecimiento de la Atención Médica Especializada

	II CMG Tumbes *	IV CMQ Satipo - Junín **	III CMQ Tumbes ***
TOTAL DE CONSULTAS	218	646	950
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS	-	335	80
TOTAL DE OPERACIONES	-	53	44
TOTAL DE ATENCIONES	218	1,034	1,074

* II Campaña Médica Geriátrica en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”, Centro de

Salud Zarumilla y Centro de Salud Zorritos de Tumbes.

** IV Campaña Médica Quirúrgica “Caritas Muy Felices”, en el Hospital “Manuel A. Higa

Arakaki” de Satipo, Junín.

*** III Campaña Médica Quirúrgica en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria”, de Tumbes.

Medición del desempeño de los establecimientos de salud en el primer Nivel de Atención en 13 regiones, priorizándose las regiones del ámbito del Aseguramiento Universal en Salud. La medición realizada con el instrumento y guía elaborados por la Comisión Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, e incorporados en el anexo del Documento técnico “Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal en salud, descentralización, con énfasis en la atención primaria de salud renovada”, aprobado con Resolución Ministerial N° 520-2010. Producto de la medición del desempeño, resultó que de los EE.SS. evaluados, solo cumplen con el 36 % de macro procesos aplicando el documento técnico. El instrumento consta de 20 macro procesos, de los cuales el 50% corresponde a la Dirección General de Salud de las Personas.

Se realizó la codificación de 161 Equipos AISPED como Centros de Costos, el cual permitirá el reembolso de las prestaciones realizadas por estos Equipos, por el Seguro Integral de Salud.

EQUIPOS AISPED por Departamentos (2004-2010)									
Nº	DEPARTAMENTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
								PRES. PUBLIC.	PRES. REGION.
1	Amazonas	3	6	6	6	3	10	11	
2	Ancash	3	3	10	10	3	9	10	
3	Apurímac	8	9	17	18	18	18	18	
4	Ayacucho	9	10	13	13	13	13	13	
5	Cajamarca	3	5	13	15	8	15	15	5
6	Cusco	2	3	3	5	3	8	5	3
7	Huancavelica	7	6	13	13	13	13	13	
8	Huánuco	2	3	9	11	3	9	11	
9	Junín	5	5	9	9	9	9	9	
10	Ica						3 ^(a)	3	
11	La Libertad	1	2	4	4	2	5	4	
12	Loreto	8	9	9	9	9	10	12	2
13	Madre de Dios	2	3	3	3	3	7	3	
14	Pasco	1	2	2	2	2	4	5	
15	Puno	3	4	7	7	7	5	7	1
16	San Martín	2	3	3	3	3	7	3	4
17	Ucayali	2	3	3	3	3	6	3	1
TOTAL		61	76	124	131	102	148	145	16
								161	

En el año 2010 se ha iniciado la implementación de los Bancos de Sangre Centralizados a nivel regional, que se encuentra funcionando en San Martín, y en proceso en las regiones de Ayacucho, Cusco, Arequipa y La

Objetivo: Fortalecer las Acciones de la Población y sus Instituciones para Mitigar los Riesgos y Efectos en la Salud, Generados por Fenómenos Naturales y Antropicos.

A través de la estrategia de Accidentes de tránsito, se han mantenido reuniones mensuales de los comités técnicos permanente y consultivo.

Difundir documentos sobre Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres y Defensa Nacional a través de la Biblioteca de la Oficina General de Defensa Nacional.

Implementación de la estrategia de Hospitales seguros, a través de talleres de capacitación Macro Regionales y Asistencia Técnica a las Regiones para la aplicación del índice de Seguridad Hospitalaria.

Validación e implementación de la Guía de Estimación de Riesgos a través de Asistencia Técnica a las Regiones priorizadas sobre elaboración de estudios de estimación de riesgo a nivel regional.

Fortalecimiento de la gestión Sanitaria Macro regional y Regional para el desarrollo de actividades de Defensa Nacional y Gestión del Riesgo.

Asistencia técnica integral para implementar y ejecutar los procesos y subprocesos de las actividades de la Gestión de Riesgos frente a Emergencias y Desastres a nivel Regional y Macro Regional.

Organizar e implementar la Oferta Móvil de salud ante emergencias complejas y otros enmarcados en el desarrollo de las actividades de Fortalecimiento de la presencia del estado a través del Ministerio de Salud en zonas de menor desarrollo social.

Fortalecimiento de los preparativos y la capacidad de respuesta frente a emergencias masivas, emergencias complejas y desastres.

Formulación de planes de Contingencia frente a emergencias y desastres.

Objetivo: Mejorar la oferta de los servicios de salud con calidad y gestión eficiente de los recursos, en beneficio de la población.

Los principales logros y resultados alcanzados por la Oficina de Proyectos de Inversión, en relación a los objetivos específicos trazados en el Plan Estratégico 2010 han sido:

Elaboración de la Guía Metodológica para la formulación del Plan Multianual de Inversión en Salud; cuyo Objetivo General es establecer de manera jerarquizada los proyectos de inversión necesarios para fortalecer la oferta de los establecimientos de salud, definiendo un orden de prelación y una secuencia temporal para su ejecución en un horizonte de 10 años, en función a criterios concertados: Lineamientos de Política, Prioridades Sanitarias, Brechas de Equidad, Racionalidad, Balance entre los niveles de atención y Complementariedad de Servicios.

Formulación de la Directiva Administrativa para la elaboración del Plan Maestro de Inversiones en hospitales e institutos (Directiva Administrativa N° 161-MINSA-OGPP.V01)

La Oficina de Proyectos de Inversión en coordinación con el área de capacitación de la DGPM-MEF y la PCM, participó en el desarrollo de talleres de asistencia técnica personalizada en las Macroregiones de Amazonas, Piura y en las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Cusco y Junín con la finalidad de orientar a los participantes en el proceso de formulación y evaluación de proyectos de inversión pública en el marco del SNIP.

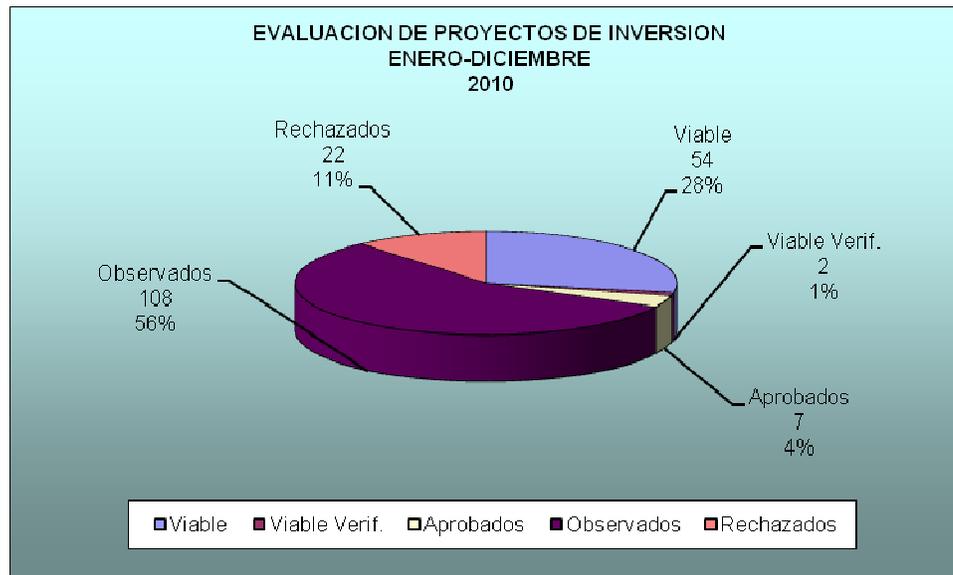
La Oficina de Proyectos de Inversión en coordinación con el área de capacitación de la DGPM-MEF y la PCM, participó en el desarrollo del Diplomado sobre Formulación y Evaluación de proyectos de inversión pública en salud, en el departamento de Huancavelica

Asistencia técnica continúa a nivel nacional a las Unidades Formuladoras y Ejecutoras de PIP, bajo diversas modalidades de intervención: visitas, absolución a consultas.

Participación conjunta con la DGPM – MEF, en 02 talleres para implementar la metodología de evaluación ex - post en proyectos de inversión pública.

Se forma parte del Comité Nacional de Hospitales Seguros, habiéndose elaborado y aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2010-SA, el documento de “Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los Desastres”.

Durante el período 2010, en el marco del SNIP, se evaluaron 149 proyectos de inversión pública, de los cuales, 54 obtuvieron la condición de viables, cifra que representa el 28% del total de proyectos evaluados, 2 fueron verificados en su viabilidad, 108 adquirieron el estado de observados y 22 fueron rechazados.



Monitoreo, seguimiento y evaluación de la ejecución de los proyectos de inversión en salud en el Pliego Ministerio de Salud, traducido en propuestas para mejorar la gestión del presupuesto de inversiones, incluyendo la reasignación de saldos para financiar otros proyectos o para complementar recursos de PIP con financiamiento insuficiente.

La Oficina de Proyectos de Inversión durante el año 2010, continuó como miembro del Grupo Impulsor de las Asociaciones Público Privadas – APP en salud, dirigido por el Comité de Inversión del Ministerio de Salud. Este Grupo se

constituyó en un equipo operativo de soporte a las acciones de promoción sobre APP que desarrolle el Comité de Inversión del MINSA, teniendo como objetivos, la generación de las condiciones necesarias para la promoción, implementación y evaluación de Asociaciones Público Privadas en salud en el marco de la normatividad vigente.

Se aprobó el documento relacionado con el diagnóstico situacional de la ejecución de inversiones en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública (Consultoría)

Se aprobó la Programación Multianual de Inversión Pública 2010-2012, que incluye la programación de los proyectos de inversión en ejecución, viables y en formulación en el periodo en mención.

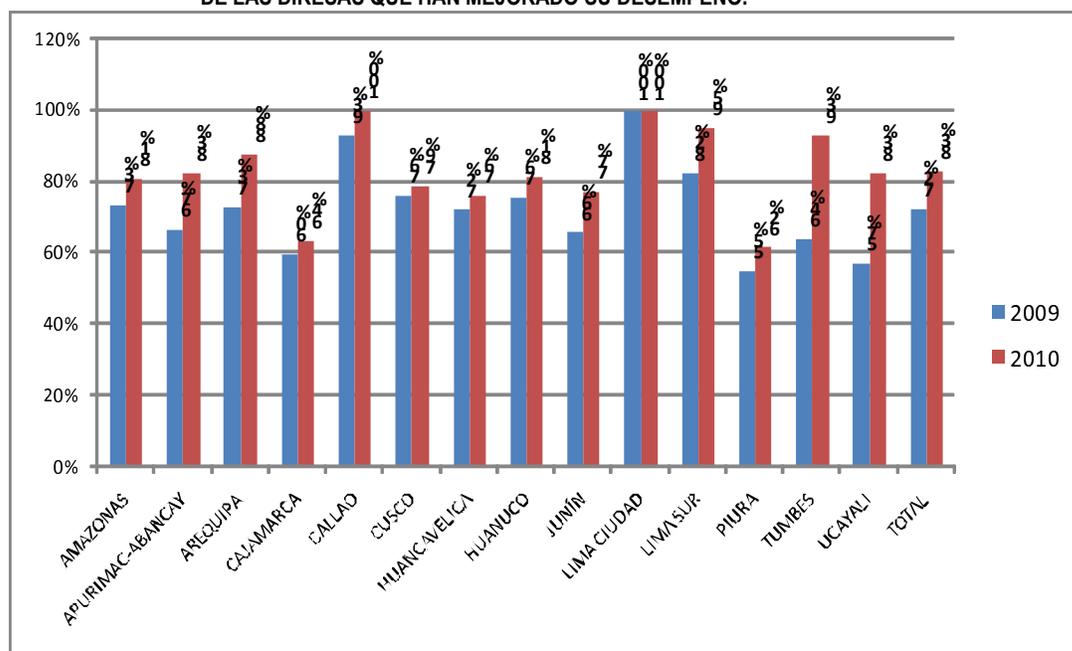
Objetivo: Fortalecer el ejercicio de la rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud, en el marco de los procesos de modernización y descentralización del estado.

Evaluación del Plan Operativo Anual 2010, Formulación del Plan Operativo Anual 2011 a nivel de tareas presentado a OGA.

En el año 2010 se desarrolló el 100% (29) de la Primera Visita de Supervisión Integral a DISAs y DIRESAs, incluido por primera vez a la DISA Andahuaylas, con un resultado promedio nacional de 74,57%, un valor REGULAR.

De los resultados comparativos entre las visitas de supervisión integral de los años 2009 y 2010, se evidencia que 14 DIRESAs y DISAs han mejorado su desempeño.

**RESULTADOS DE LA SUPERVISION INTEGRAL 2009 Y 2010
DE LAS DIRESAS QUE HAN MEJORADO SU DESEMPEÑO.**



Realización del “Encuentro Nacional de Cogestión, Participación Ciudadana y Asociaciones CLAS para la Calidad de la Atención de Salud”, en el mes de junio del 2010, con la participación concertada de más de 200 actores claves regionales y locales de las CLAS: entre funcionarios de las DIRESAS, GERESAS y DISAS, así como Alcaldes Distritales, personas de la Comunidad como miembros de los consejos directivos y otros actores externos de la sociedad civil. Aproximadamente el 50% de las Regiones que tienen bajo su jurisdicción las Asociaciones CLAS, se encuentran en proceso de culminación de su reestructuración con el registro de sus nuevos miembros directivos en SUNARP, con la modificación de sus Estatutos y firma de los Convenios de Cogestión.

En marzo 2010, se suscribió la Adenda N°04 del Acuerdo de colaboración interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba y el Ministerio de Salud del Perú, para la continuidad de las acciones de las Brigada Médica Cubana en apoyo a la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.

Pasantías de profesionales de la salud: funcionarios y equipo técnico de la DGSP, a través de la ejecución de la actividad programada del proyecto: “Fortalecimiento de las capacidades de los Sistemas de Salud del Perú y del Brasil”, financiado por la Agencia Brasileira de Cooperación – ABC.

Implementación de 4 nuevos programas estratégicos al Presupuesto Por Resultados: Transmisibles VIH-SIDA y Tuberculosis, Transmisibles Metaxénicas y Zoonosis, No transmisibles, garantizándose la identificación de recursos financieros destinados a estas prioridades sanitarias.

En ese sentido, el MEF asignó un presupuesto adicional a los 06 Programas Presupuestales Estratégicos por un monto de S/. 273 221 325 millones de nuevos soles, para garantizar los gastos operativos en todas las regiones del país. Para obtener este resultado se diseñó y formuló, conjuntamente con la OGPP y el MEF, las Definiciones Operacionales, Criterios de Programación y estructuras de costos de cada uno de los programas presupuestales estratégicos, instrumentos de programación que se encuentran en proceso de aprobación con resolución ministerial.

A través de la Secretaria General, se ha fomentado las comunicaciones fluidas del MINSA con otras instancias del gobierno nacional y regional, así como con el Congreso de la República y otros poderes del estado.

Objetivo: Contribuir al proceso del Aseguramiento Universal en salud del país.

Como esfuerzos concretos del poder ejecutivo se aprobaron las Guías Técnicas para la Atención, Diagnostico y Tratamiento de las condiciones Obstétricas en el marco del Plan de Aseguramiento Universal en Salud mediante R.M. N° 487-2010/MINSA, que contribuyen al fortalecimiento del PEAS.

Implementación de la norma nacional de acreditación de EESS, mediante el proceso de autoevaluación en 1292 EESS en 10 DIRESA/DISA del MINSA y 10 Redes Asistenciales de ESSALUD, que equivalen al 17% del total de establecimientos categorizados, valor que supera al porcentaje meta para el 2010 del Plan Nacional de Acreditación 2009-2011(15%).

Se Incrementó el registro de Establecimientos de Salud en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) en un 13.53% y Servicios Médicos de Apoyo en 51.58% como base de información para los procesos que desarrolla SUNASA en el marco de AUS, estando el 100% de establecimientos MINSA identificado con sus respectivos códigos únicos.

Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

	27-Ene-10		19-Dic-10		Δ
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRADOS	8855	REGISTRADOS	10240	13.53%
	FUNCIONANDO	8815	FUNCIONANDO	9992	11.78%
SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO	REGISTRADOS	259	REGISTRADOS	536	51.68%
	FUNCIONANDO	259	FUNCIONANDO	533	51.68%

Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

Por primera vez en el país se Integraron a este registro otras aplicaciones al RENAES como: SERUMS, DIGEMID, SIGA PPR.

La Comisión Intergubernamental de Salud ha sesionado en 02 oportunidades durante el II semestre del 2010, teniendo como producto concreto en este semestre, la propuesta de Ley en Financiamiento en Salud.

Se han realizado acciones para consolidar y extender el proceso de descentralización a nivel local, para lo cual se ha revisado la Guía para la implementación de Pilotos Locales, con el propósito de adaptar su contenido a las disposiciones del DS 047-2009 y DS 059-2009.

Se cuenta con 14 Convenios de Gestión debidamente firmados por los titulares de los Gobiernos Regionales y el MINSA.

V. RETOS AFRONTADOS Y PERSPECTIVA DE MEJORA

Retos Afrontados

- Garantizar la disponibilidad y uso de los métodos anticonceptivos a nivel nacional con énfasis en la zona rural, así como la disponibilidad de los medicamentos esenciales para la atención materna y perinatal.
- Lograr incorporar en las agendas regionales, el financiamiento y apoyo técnico para la ejecución de las acciones y estrategias para disminuir la mortalidad materna y perinatal.
- Priorizar la asistencia técnica a las regiones con mayor número de muertes maternas y perinatales o que han incrementado en relación al año 2009: Cajamarca, Huancavelica, La libertad, Ucayali, Puno, Loreto, Huánuco, Junín, Pasco e Ica).
- Brindar a los proveedores de salud capacitación continua para la estandarización en el manejo de la salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de salud (Recursos humanos con competencias y comprometidos con la salud sexual y reproductiva, equipos, materiales, etc.) en especial de la Regiones con mayor índice de pobreza para mejorar la capacidad de respuesta.
- A partir de enero del presente año, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida, ha iniciado la programación de actividades para el año 2011 de acuerdo a la modalidad del Presupuesto por Resultados. Dicha planificación parte de una visión integrada en la que se articula el presupuesto y la articulación de acciones y actores para la consecución de resultados.
- Así mismo se planteó el diseño de acciones en función a la resolución de problemas críticos que afectan a la población y que requiere de la participación de diversos actores, que alinean su accionar en tal sentido.
- A través de la RM 485-2010 DM/MINSA, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH asumió las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento para el control de la Hepatitis B; quedando bajo su responsabilidad la coordinación, monitoreo y supervisión con todas las áreas e Instituciones que trabajen en este tema, bajo un enfoque de sinergias y resultados costo efectivos.
- Cabe señalar que en Brasil el Programa Nacional de ITS, ha incorporado la Hepatitis Viral, tal como lo ha hecho el Perú.
- Lograr la certificación de áreas libres de rabia transmitida por el perro en el territorio nacional.
- Mantener los éxitos obtenidos en la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro y de la Peste silvestre, incluidos dentro del

grupo de enfermedades desatendidas en las Resoluciones de la OPS/OMS

- Fortalecer las estrategias identificadas en el Plan Integral para la Eliminación de la Peste Humana en Áreas Endémicas de la Macro Región Norte del Perú, período 2008-2012 que abarca las Direcciones Regionales de Salud de Piura, Cajamarca, La Libertad y Lambayeque.
- Lograr la aprobación de las normas de Fasciolosis y Equinococosis quística, enfermedades parasitarias que integran el grupo de enfermedades desatendidas u olvidadas, que requieren un gran despliegue de coordinación intersectorial en las medidas de prevención y control.
- Ampliar la implementación del diagnóstico y tratamiento de Fasciolosis humana a otras áreas endémicas como Arequipa, La Libertad, Ancash, además del fortalecimiento de estas actividades en la DIRESA Cajamarca, Junín y Puno, habiéndose recibido en el 2009 una nueva donación de la OMS de 250,000 tabletas de Triclabendazol para continuar con el tratamiento de personas afectadas por esta parasitosis en áreas endémicas.
- Establecer programas de tratamiento de vacunación pre-exposición en áreas de riesgo de rabia silvestre iniciándose como un programa piloto en la Provincia de Condorcanqui - Amazonas.
- Recursos humanos insuficientes en el nivel central.- Hasta el año 2009 la ESNPCT contaba con 3 enfermeras y 3 médicos. El 2010 el equipo fue disminuido a 2 enfermeras y 3 médicos. Ello influyó en la presencia de la ESNPCT en los distintos escenarios donde es convocada (CONAMUSA, PEMTB, PPR, PEAS, FM, capacitación, asistencia técnica, distintos foros, etc.).
- El proceso de descentralización y reforma de la salud continúa influyendo en los resultados de trabajo de las Estrategias Regionales de TB. En las DISAs/DIRESAs con mayor carga de TB/TBMDR hay apenas un médico o una enfermera a cargo de la Estrategia, en algunos casos asumiendo también la responsabilidad de otras Estrategias. Asimismo los recursos económicos anuales asignados por las regiones para control de TB han resultado insuficientes para financiar todas las actividades.
- Los nuevos retos y oportunidades están dados específicamente por el PPR-TB y el PEAS. En ellos se está incluyendo: la universalización de los exámenes radiológicos para todos los pacientes TB, el despistaje de diabetes en todos los pacientes TB >40 años, el despistaje de insuficiencia renal en pacientes TB>50 años, el financiamiento de la universalización de las pruebas de sensibilidad, incluyendo las pruebas moleculares que permitirán diagnosticar la TBMDR y TBXDR en 24 horas, lo que significa una revolución en el diagnóstico de la TB resistente. Asimismo se está incluyendo las cirugías de tórax y los

exámenes radiológicos y de laboratorio requeridos por los pacientes con TBMDR, entre otros beneficios.

PERSPECTIVA DE MEJORA

- Continuar con el fortalecimiento de las Capacidad Resolutiva de los EESS, así como con la implementación de la Normatividad Vigente.
- Fortalecimiento de las competencias de los recursos humanos en prevención del embarazo en adolescente, Orientación / consejería en SSR para adolescente, metodología anticonceptiva, Violencia basada en genero, Estandarización de habilidades para el manejo de las emergencias obstétricas y perinatales, manejo de las claves.
- Culminación e implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes.
- Mejorar el acceso de las poblaciones rurales a los métodos anticonceptivos
- Reunión nacional de programación de medicamentos Estratégicos (Anticonceptivos).
- Realizar las coordinaciones pertinentes para mejorar la cadena logística de los métodos anticonceptivos.
- Fortalecimiento de la adecuación cultural de los servicios de salud.
- Implementación de un mayor número de casas de espera y lograr el sostenibilidad de las actuales.
- Consolidar las nuevas sedes de pasantía en parto vertical (Huancavelica CS Churcampa, Ayacucho C.S. Vilcashuaman, Apurímac CS Curahuasi).
- La implementación de las nuevas normas técnicas.
- La disminución de menos de 2 % la transmisión vertical del VIH.
- Incrementar el tratamiento antirretroviral a más del 80% de las personas estimadas.
- Mejorar la calidad de la información para el monitoreo y evaluación.
- Incorporación de actividades de tamizaje y prevención en la cobertura del Aseguramiento.
- Ejecución y monitoreo del Presupuesto por Resultados.
- Mantener la estabilización de la Epidemia y la disminución de fallecidos por SIDA.
- Mejorar el proceso de genotipificación para la disminución de la resistencia al tratamiento.
- Desarrollar un plan de Difusión y Asistencia Técnica para la Implementación de las Normas Técnicas de Salud Integral de las Zoonosis.

- Establecer una Directiva de atención de personas mordidas inmersas en la Ley Jurídica de canes.
- Actualización del Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el MINSA y SENASA-Agricultura.
- Establecer planes de prevención y control de brucelosis y fasciolosis humana con participación intersectorial.
- Mejorar y fortalecer el sistema de información de las enfermedades zoonóticas en coordinación con la Oficina General de Estadística e Informática.
- Diseñar un plan de comunicación integral orientado a la prevención de accidentes por animales ponzoñosos y peste.
- Fortalecer la coordinación con las DISA/DIRESA, gobiernos locales, ONG, Colegio Médico Veterinario, con la finalidad de disminuir la incidencia de accidentes de mordeduras, especialmente en la población infantil.
- Sensibilizar y coordinar con las autoridades de las DISA/DIRESA, Gobiernos Regionales y Locales, así como el Ministerio de Agricultura – SENASA, Universidades, con la finalidad de implementar un trabajo conjunto en la prevención y control de enfermedades parasitarias como la fasciolosis y echinococcosis quística.
- Continuar con el fortalecimiento de competencias de los profesionales del primer nivel de atención de los EESS a nivel de las DIRESA/DISAS en relación a los diferentes problemas de salud mental.
- Comprometer a los gobiernos regionales que aún no han priorizado dentro de sus planes de desarrollo actividades de salud mental.
- Fortalecer la Inclusión de los problemas de Salud Mental en el Seguro Integral de Salud en beneficio de la población, en el marco del aseguramiento universal.
- Priorización de población en riesgo, manejo de indicadores y medición de impacto en la población.
- Fortalecimiento y sostenibilidad de las acciones referidas a la atención y prevención de la violencia y el maltrato infantil.
- Fortalecimiento de Políticas Públicas regionales y locales que favorezcan la disminución del consumo nocivo de alcohol.