



Informe de Transferencia de Gestión

(Directiva N° 08-2006-CGISGE-PC, aprobado con Resolución
de Contraloría General N° 372-2006-CG)

Mayo 2011

Índice

Descripción del Ministerio y Dependencias.....	Pág. N° 3
Organigrama	Pág. N° 14
Situación General al inicio de la gestión de gobierno	Pág. N° 15
Metas propuestas al inicio de la gestión de gobierno	
Lineamientos de Gestión	
I. Nuestros Objetivos en Salud.....	Pág. N° 23
II. Las estrategias principales para lograr nuestros Objetivos.....	Pág. N° 24
III. Necesitamos reformar el Sistema de Salud	Pág. N° 29
IV. Cuatro Compromisos para el gran cambio en salud pública.....	Pág. N° 30
Logros y resultados de la Gestión durante el periodo de gobierno, de acuerdo a los Objetivos Estratégicos Institucionales (PEI 2008-2011):	
Objetivo N° 1.....	Pág. N° 33
Objetivo N° 2.....	Pág. N° 40
Objetivo N° 3.....	Pág. N° 51
Objetivo N° 4.....	Pág. N° 55
Objetivo N° 5.....	Pág. N° 81
Objetivo N° 6.....	Pág. N° 86
Objetivo N° 7.....	Pág. N° 105
Objetivo N° 8.....	Pág. N° 120
Agenda Pendiente	Pág. N° 129
Información a que se refiere el numeral 5.4	Pág. N° 163

Descripción

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional 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, desde su concepción hasta su muerte natural (Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud).

De las funciones del Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, los mismos que deben implementar las estrategias de mediano plazo. Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos, los mismos que se establecen en el Reglamento de la presente Ley.

De los Objetivos Funcionales:

El Ministerio de Salud diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, para lograr los siguientes objetivos funcionales:

- a) La conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud.
- b) La organización del Ministerio de Salud.
- c) El desarrollo e integración de procesos y sistemas de información sectoriales.
- d) La cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de toda la población.
- e) El entorno saludable para toda la población.
- f) La protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad.
- g) La prevención y control de las epidemias, y el desarrollo de capacidades suficientes para recuperar y mantener la salud de las personas y poblaciones que sean afectadas por desastres.
- h) El control del suministro y calidad de los insumos, medicamentos y drogas.
- i) El aseguramiento financiero de la salud pública y salud integral de todas las personas.
- j) El financiamiento de la inversión nacional en salud.
- k) La formación, asignación y supervisión de la calidad de los recursos humanos en salud.
- l) El soporte logístico de bienes, servicios, infraestructura, equipo y mantenimiento, tanto de las dependencias administrativas, como de los establecimientos de salud.

Misión

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

De los Órganos Desconcentrados:

Los Órganos Desconcentrados del Ministerio de Salud son las Direcciones de Salud y los Institutos Nacionales.

Las Direcciones de Salud en sus respectivas jurisdicciones:

- a) Son los órganos que por delegación de la Alta Dirección ejercen la autoridad de salud.
- b) Están encargadas de hacer cumplir la normatividad técnica del Ministerio de Salud y regulan complementariamente.
- c) Cumplen y hacen cumplir los procesos organizacionales.
- d) Dirigen, norman y evalúan a los establecimientos de salud.
- e) Dirigen la ejecución de los procesos de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, a través de los hospitales nacionales y establecimientos de salud.
- f) Coordinan intersectorialmente a nivel regional.

Los Institutos Nacionales:

- a) Son los órganos de investigación e innovación científico-tecnológica y docencia en su campo.
- b) Coordinan y proponen normas técnicas a las Direcciones Generales técnico-normativas.
- c) Desarrollan investigaciones específicas por encargo de la Alta Dirección y de las Direcciones Generales técnico-normativas del Ministerio.
- d) Desarrollan servicios especializados de salud, específicamente para investigar, aplicar, publicar, capacitar y difundir los conocimientos de su área científica y tecnológica.

- e) Establecen relaciones de cooperación científica y tecnológica con la comunidad científica nacional e internacional, en el marco de sus objetivos funcionales a través de la Alta Dirección.

Los **Organismos Públicos** del Ministerio de Salud son los siguientes:

- a) El **Instituto Nacional de Salud (INS)**, que 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.

Está conformado por:

- El Centro Nacional de Salud Pública (CNSP);
 - El Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC);
 - El Centro Nacional de Productos Biológicos (CNPB);
 - El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN);
 - El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI);
 - El Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS);
 - La Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica (OGITT).
- b) La **Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA)** es un organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica de Derecho Público y con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, que ejerce las funciones, competencias y facultades establecidas en la Ley Marco, el presente Reglamento y demás normas sectoriales. La SUNASA es una entidad desconcentrada y sus competencias son de alcance nacional. Su misión es velar por el aseguramiento universal, vigilando la gestión eficiente de los fondos administrados por las entidades sujetas a su ámbito de competencia para garantizar el acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, supervisando las prestaciones de salud que se otorgan a los asegurados.
- c) El **Seguro Integral de Salud (SIS)**, como Organismo Público Ejecutor, del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

Está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas,

como las diferencias culturales y geográficas. Busca también mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.

El SIS tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, de conformidad con la Política del Sector.

Los Objetivos funcionales del SIS en el ámbito sectorial, son los siguientes:

- Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbimortalidad.
- Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.
- Implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.

- d) El **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)**, es la entidad encargada de liderar la lucha contra el cáncer en el Perú como Organismo Público Ejecutor adscrito al Sector Salud. 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.

El Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud - PARSALUD, la Unidad Ejecutora 123, del Pliego 11 - MINSA, que actualmente tiene a su cargo la ejecución de la Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD II¹, así como el encargo de la ejecución del Proyecto “Haciendo la Diferencia: Promoviendo una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú” de la Octava Ronda del Fondo Mundial de lucha contra el VIH, TBC y Malaria.

DESCRIPCIÓN

PARSALUD II es un programa de inversión pública a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), financiado con recursos provenientes del Tesoro Público y endeudamiento externo (Banco Internacional para la Reconstrucción y Fomento – BIRF y el Banco Interamericano de Desarrollo - BID), cuyos objetivos están orientados a la reducción de la mortalidad materna, neonatal y la desnutrición crónica infantil en las zonas rurales de los nueve departamentos más pobres del país.

El PARSALUD II fue diseñado para ser ejecutado en 3 etapas en aproximadamente 10 años. La primera se cumplió entre el 2001 y el 2007, ejecutándose US\$ 72 millones (28 de BID, 27 de BIRF y 17 de Tesoro Público), y alcanzó importantes logros en la mejora de la salud materna en el ámbito de intervención.

¹ En el presente Informe se usará, indistintamente, el término PARSALUD II o el PROGRAMA para hacer referencia a la Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.

La Segunda Fase de PARSALUD II está orientada a la reducción de la mortalidad materna, mortalidad neonatal y desnutrición crónica infantil. Su población objetivo son las mujeres en edad fértil (MEF), gestantes y niñas y niños menores de 3 años, priorizando las zonas rurales más pobres del país.

La intervención del PARSALUD II se desarrolla en nueve regiones: Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Cusco, Puno y Ucayali. En dichas regiones se concentra el 57% de los menores de cinco años de las zonas rurales, el 63% de la desnutrición crónica en menores de cinco años, el 57% de las gestantes de las zonas rurales y el 52% de las muertes maternas del país.

El costo total de la segunda fase del PROGRAMA es de S/. 457'920,128.00 (US\$ 162'383,024.00) que será ejecutado en un período de 5 años (2009-2014). De este monto, US\$ 15'000,000.00 son financiados por el BID y US\$ 15'000,000.00 son financiados por el BIRF.

La Segunda Fase del PARSALUD II, que tuvo que pasar por el Sistema Nacional de Inversión Pública - SNIP, obtuvo su viabilidad de la Dirección General de Programación Multianual del Ministerio de Economía y Finanzas el 18 de noviembre de 2008. Asimismo, en el mes de febrero del 2009 se recibió la primera asignación presupuestal de Recursos Ordinarios, con lo cual se iniciaron las actividades del PROGRAMA.

Posteriormente, el Decreto Supremo N° 231-2009-EF de 22 de octubre del 2009, autorizó las operaciones de endeudamiento con el BID y el BIRF, habiéndose firmado los contratos de préstamo con los mencionados Bancos el 16 de noviembre de 2009, siendo el primer desembolso recibido el 18 de diciembre de 2009.

OBJETIVOS DEL PARSALUD II

El objetivo general del PROGRAMA es incrementar el uso de servicios de salud materno-infantiles y reducir la morbilidad infantil de los niños y niñas menores de 3 años, de familias de la zona rural de las 9 regiones más pobres del Perú².

Los objetivos específicos del PROGRAMA son: (a) promover adecuadas prácticas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a mujeres (gestantes, parturientas y madres en período de lactancia) y a niños y niñas menores de 3 años; (b) mejorar la capacidad resolutoria de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de esta población en zonas dispersas y no dispersas; y (c) fortalecer la capacidad de gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente y equitativo.

COMPONENTES DEL PROGRAMA

Para el logro de los objetivos, el PROGRAMA comprende los siguientes componentes:

Componente 1 – Fortalecimiento de la demanda

El objetivo de este componente es promover la demanda para servicios de salud materno-infantiles y la adopción de adecuadas prácticas y recursos de cuidados familiares y

² Las regiones seleccionadas son: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Puno y Ucayali.

comunitarios a la población meta. Con la finalidad de superar las barreras administrativas asociadas a la afiliación al Sistema Integral de Salud (SIS) y la utilización de los servicios de salud, se realizarán una serie de actividades para concientizar a la población sobre la importancia de obtener el documento de identidad (DNI y partida de nacimiento) y para facilitar su entrega a mujeres, niños y niñas en el ámbito del Programa.

Para contribuir directamente al logro de resultados, como la reducción de anemia en gestantes y menores de 3 años, la prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias y la deficiencia de micronutrientes en los niños – todos factores relacionados con la desnutrición – se implementará el Programa de Comunicación y Educación en Salud, que se basa en el concepto de aprovechar los espacios de encuentro entre la familia y el prestador de servicios (establecimientos de salud, visitas domiciliarias, y locales comunitarios, entre otros) para aplicar estrategias de comunicación (campañas públicas, consejería y acondicionamiento de entornos) y actividades dirigidas a lograr un efecto positivo en torno de variables como afiliación al SIS, control prenatal, parto institucional, control puerperal, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, lavado de manos con agua y jabón, alimentación del niño/a, cuidado y alimentación del niño enfermo en el hogar y cumplimiento de visitas de control del crecimiento y desarrollo del niño (CRED), entre otros. La iniciativa tiene como enfoques transversales los derechos y responsabilidades en salud, interculturalidad, género y participación ciudadana.

Con los recursos del Financiamiento se cubrirán actividades de consultoría, realización de talleres nacionales, regionales y locales, adquisición de equipamiento de medios audiovisuales para establecimientos de salud, reproducción de materiales, capacitación de profesionales de salud, ejecución de campañas masivas y servicios de seguimiento y evaluación.

Componente 2 – Mejoramiento de la oferta

El objetivo de este componente es mejorar la capacidad resolutive de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de la mujer (gestante, parturienta y madre lactante) y de niños y niñas menores de 3 años en zonas dispersas y no dispersas, que incluye los siguientes subcomponentes:

- Mejoramiento de la calidad técnica de la atención. Con el fin de poder cumplir con el diagnóstico y tratamiento adecuado de las emergencias y complicaciones obstétricas y neonatales en sus distintos niveles de complejidad y enfrentar los altos índices de mortalidad materna e infantil, se requiere refinar la capacidad resolutive de los servicios, lo que implica diseñar e implementar varios planes estratégicos que ayuden a asegurar la implementación del modelo de atención integral en los establecimientos a ser intervenidos, la disponibilidad de recursos para el cierre de brechas de insumos claves (recursos humanos, medicamentos, exámenes, y sangre segura, entre otros) y la atención para poblaciones dispersas. La calidad técnica de los servicios de salud materno-infantiles también depende de la disponibilidad de ambientes físicos que cumplen con los estándares establecidos y de equipamiento biomédico, instrumental quirúrgico, mobiliario clínico, equipos electromédicos, y transporte, entre otros. En el marco del Programa se realizarán inversiones en obras de infraestructura y equipamiento en al menos 115 establecimientos para redefinir el perfil de la red global e incrementar a 80% la proporción de la población rural con acceso a un

establecimiento con capacidad de atender complicaciones obstétricas en un tiempo menor o igual a 2 horas.

Otras actividades de este subcomponente incluyen la implementación de programas de mantenimiento de la nueva infraestructura y equipamiento; estudios de modelos estandarizados de equipamiento para la atención a poblaciones dispersas en las distintas regiones y su adquisición; formulación de proyectos de inversión pública de establecimientos estratégicos para ampliar la red de servicios de salud; capacitación para personal de salud de oferta móvil y para agentes comunitarios; pasantías para mejorar competencias de los profesionales en la atención de emergencias obstétricas y neonatales, tecnologías perinatales, laboratorio clínico y banco de sangre; y el desarrollo del sistema de seguimiento.

- Incorporación del enfoque intercultural para la mejora de la calidad. A la luz de las barreras culturales y las preferencias de determinados grupos de la población beneficiaria (por ejemplo, el idioma o la práctica de dar a luz a cuclillas o en posición vertical, además en la compañía de esposos y familiares), se han diseñado una serie de actividades para adecuar los servicios a las necesidades culturales de las personas servidas: diseño de planes para reorientar los servicios con enfoque intercultural y de derecho; apoyo a proyectos que apunten a la inclusión de la población pobre y dispersa (por ejemplo, casas de espera, capacitación de profesionales de salud en idiomas, y adaptación de la apariencia física de algunos ambientes, entre otros); estudios exploratorios para identificar la percepción de las usuarias en cesárea, y transfusión de sangre, entre otros, y de mercadeo social para mejorar imagen de los servicios; desarrollo de experiencias piloto para mejorar la imagen de los servicios; y evaluación del uso de los servicios y de las percepciones mantenidas por parte de población con patrones culturales no hegemónicos.
- Distribución racional de recursos humanos e insumos. Para maximizar la eficiencia de las redes de servicios se requiere garantizar la distribución óptima de los recursos, que involucra las siguientes acciones: el diseño de las redes obstétricas regionales y la red de bancos de sangre, laboratorios, servicios de emergencia e intensivos; desarrollo de planes para la redistribución de recursos humanos y equipos, el fortalecimiento de los sistemas administrativos (Sistema Integrado de Gestión Administrativa – SIGA y Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos – SISMED), la modernización del financiamiento de hospitales y el fortalecimiento de la capacidad gerencial de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) y la planificación regional y local.
- Fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrareferencia. Con los recursos de este subcomponente se financiarán consultorías para la definición de flujos para la referencia de pacientes y muestras y asistencia técnica para la consolidación del sistema, la implementación de planes de atención a poblaciones dispersas y mecanismos de referencia comunitaria de pacientes. Asimismo, se realizará una evaluación de la eficacia y oportunidad en las referencias.

La selección de establecimientos a ser mejorados fue un proceso participativo con las regiones involucradas y se recibieron cartas de adhesión de las autoridades regionales, comprometiéndose a cubrir los costos de operación y mantenimiento correspondientes.

Componente 3 – Gobierno y Financiamiento

El objetivo de este componente es fortalecer la capacidad del MINSA para mejorar la eficiencia y equidad en el sistema de salud. El primer subcomponente apunta al funcionamiento articulado del sector por medio del fortalecimiento del gobierno para disponer las normas y disposiciones legales que regulen el sector, la fiscalización integral del sistema descentralizado de salud, el desarrollo de los sistemas nacionales de soporte administrativo y gerencial, la promoción de una relación intergubernamental pro equidad y eficiencia, el apoyo a la cogestión en los servicios de salud y la rendición de cuentas para contribuir a la vigilancia comunitaria. El segundo subcomponente pretende mejorar la capacidad de regulación de la prestación de salud a través de las siguientes acciones: desarrollo de mayor regulación para la disponibilidad y competencias de los recursos humanos, el aprovisionamiento adecuado y oportuno de medicamentos y otros insumos, el funcionamiento de la red de servicios de laboratorio, hemoterapia, emergencia y cuidados intensivos, el desarrollo de inversiones en infraestructura y equipamiento, y el fortalecimiento de los modelos de atención integral y el modelo de comunicación y promoción de la salud. El tercer subcomponente permitirá incrementar la capacidad de regulación del financiamiento de salud y contempla el desarrollo de mayor regulación en la gestión del financiamiento de la salud colectiva y de los hospitales, el fortalecimiento de los mecanismos para focalizar el financiamiento de la salud individual y el desarrollo de un aseguramiento público en salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: HACIENDO LA DIFERENCIA: PROMOVRIENDO UNA RESPUESTA AMPLIA E INTEGRAL CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ” DE LA OCTAVA RONDA DEL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA.

En años recientes y con el concurso de las acciones financiadas por el Fondo Mundial³ en la Segunda y Quinta rondas, el país ha desarrollado, complementariamente a la estrategia DOTS de respuesta a la Tuberculosis (TB) sensible, una respuesta más integral a la tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR), elevando las condiciones de diagnóstico precoz, así como el acceso a un tratamiento con medicamentos gratuito y eficaz.

El Estado incorporó el financiamiento del tratamiento antituberculoso para los casos con multidrogoresistencia, mejorando la adherencia y eficacia al mismo. Por ello, el proyecto tiene como finalidad complementar las acciones que se llevan a cabo en la lucha contra la Tuberculosis sensible y multidrogoresistente en el Perú por medio del escalamiento de las acciones promocionales y preventivas, la universalización del acceso al diagnóstico, tratamiento y apoyo integral a los afectados y el fortalecimiento de la participación comunitaria para una respuesta nacional multisectorial, integral y sostenible

³ **Fondo Mundial:** El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria es una institución internacional dedicada a captar y desembolsar nuevos recursos para la prevención y el tratamiento del SIDA, la tuberculosis y la malaria. El Fondo Mundial colabora estrechamente con otras organizaciones bilaterales y multilaterales con el objeto de complementar los esfuerzos existentes para combatir las tres enfermedades. El financiamiento del Fondo Mundial permite a los países fortalecer sus sistemas de salud mediante, por ejemplo, la mejora de las infraestructuras y la formación de los responsables de prestar servicios.

El MINSA, por medio de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud - CONAMUSA⁴, ha obtenido financiamiento para la ejecución del proyecto “Haciendo la Diferencia: promoviendo una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú” de la Octava Ronda de Financiamiento del Fondo Mundial. El objetivo del proyecto aprobado es contribuir al escalamiento de la prevención en población general y poblaciones altamente vulnerables, así como a la universalización de la atención, tratamiento y apoyo integral a los afectados por TB, TB MDR y TB XDR con un enfoque de inclusión social, interculturalidad y desarrollo humano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

Los objetivos específicos del proyecto son:

1. Escalamiento de las acciones de prevención de TB en población general y en poblaciones de alta vulnerabilidad y expuestas a alto riesgo de infección tuberculosa.
2. Universalizar el diagnóstico de TB MDR / XDR mediante la expansión del diagnóstico rápido de TB MDR / XDR en la red nacional de laboratorios de salud pública.
3. Universalizar el tratamiento integral de calidad a afectados de TB MDR / XDR, expandiendo el acceso a tratamiento en las 25 regiones del país y fortaleciendo los entornos comunitarios y los servicios de salud para la atención y tratamiento integral.
4. Universalizar el apoyo integral a los afectados de TB XDR y sus contactos con un enfoque de concordancia.
5. Fortalecer las acciones de planificación regional, difusión y monitoreo del Plan Estratégico Multisectorial 2008-2013.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Las actividades contempladas para el logro de cada objetivo tienen diferentes ámbitos de ejecución, tanto nacional como regional dependiendo la población objetivo y el tipo de actividad y si se trata de un escalamiento o una actividad nueva. En torno a las contrapartes y sus respectivas contrapartidas, en el caso del MINSA se apoya la introducción de actividades preventivas y de servicios, siendo que una vez interiorizadas serán incorporadas en el sector, es el caso de la adopción del enfoque PAL por parte de la ESN-PCT. Asimismo, la propuesta contempla la incorporación de actividades nuevas

⁴ **CONAMUSA:** la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – CONAMUSA es un organismo de coordinación constituido por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país. Se constituyó mediante D.S. 007-2004-SA y su reglamento aprobado por Resolución Ministerial N° 218 -2005. La CONAMUSA es el Mecanismo de Coordinación del País a que se refieren los Contratos de Donación de Programa entre el Fondo Mundial y los Programas de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la tuberculosis en el Perú y se constituye en un órgano de preparación de propuestas para la toma de decisiones en las materias comprendidas en los contratos de donación suscritos bajo la rectoría técnica y funcional del Ministerio de Salud.

como el diagnóstico precoz de tuberculosis en pacientes con situaciones de inmunosupresión, ambas dentro del Objetivo 1.

El proyecto complementa este esfuerzo con el acceso a un diagnóstico de MDR y XDR precoz, gracias al fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios para la realización de pruebas rápidas y pruebas de sensibilidad de primera y segunda línea (Objetivo 2).

Por otro lado, si bien hay un incremento significativo de las capacidades de los laboratorios: nacional, regionales y locales para el diagnóstico de TB en todas sus formas, aún se observan limitaciones en el transporte, manipulación de muestras y tiempo de demora del diagnóstico de la TB MDR. El proyecto contempla el fortalecimiento de los laboratorios y procesos de transporte de muestras en torno a las pruebas de diagnóstico rápido de TB MDR para aminorar tiempos de espera, mejorar condiciones de bioseguridad y control de calidad de los procesos.

Se ha avanzado en el acceso al tratamiento de los afectados por TB MDR, restando universalizar este acceso a las 25 regiones del país e incluir progresivamente la integralidad de atención psicoemocional, nutricional, de reacciones adversas y comorbilidades. El proyecto contempla la universalización del tratamiento TB MDR y el apoyo integral a los pacientes TB XDR. Ello considera acciones de atención y apoyo psicoemocional, quirúrgico, de comorbilidades y complicaciones por RAFAS, involucradas en las actividades del Objetivo 3 encaminadas a fortalecer la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes, contribuirá a la eficacia del tratamiento.

Esta ronda cuenta con dos (2) receptores principales para su ejecución: uno público y uno privado. El PARSALUD II ha sido designado por acuerdo de CONAMUSA⁵ como receptor principal público (RP1) y ejecutará parte del objetivo 1 y los objetivos 2 y 3 en su totalidad. PATHFINDER ha sido designado como receptor principal privado (RP2) y ejecuta parte del Objetivo 1 y los objetivos 4 y 5. En su calidad de RP, PARSALUD II tiene la responsabilidad en la implementación y supervisión del proyecto. PARSALUD II está a cargo de las actividades 6, 7 y 8 del objetivo 1 y todas las actividades de los objetivos 2 y 3 durante la primera fase del proyecto.

El 23 de Octubre del 2009 se suscribió el Acuerdo de Subvención PER – 809 – G07 T entre el Ministerio de Salud y el Fondo Mundial con participación de la CONAMUSA para la implementación del proyecto. En él se establece el monto de la subvención, los roles de cada uno de los actores, los lineamientos del Fondo Mundial para la implementación del proyecto, las metas, indicadores para evaluación del marco de desempeño (Ver anexo) clave y las condiciones precedentes que se deben cumplir así como la periodicidad de los informes que deben ser presentados al Agente Local del Fondo y al Fondo Mundial.

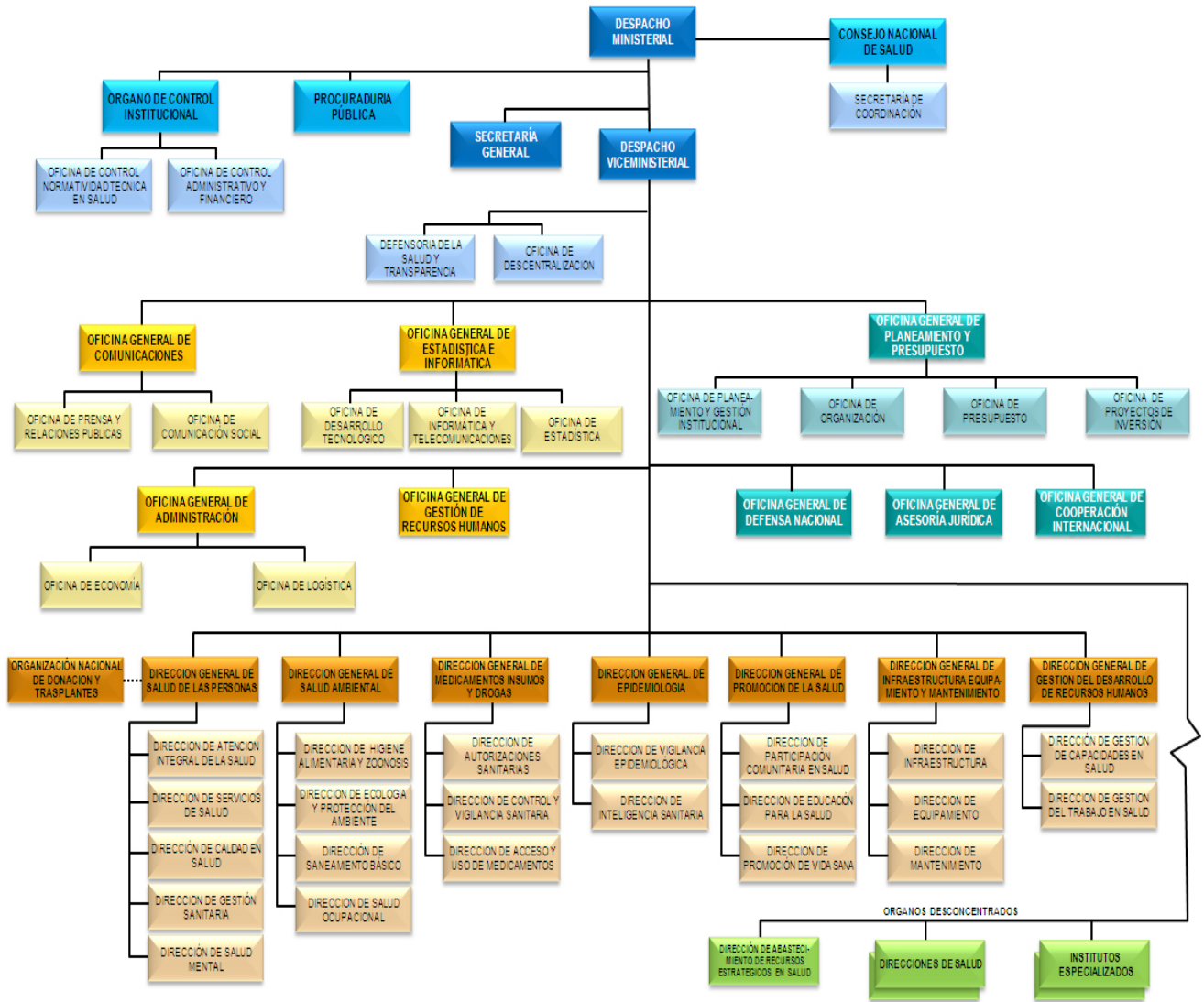
Un agente importante en el desarrollo del proyecto es el Agente Local del Fondo (ALF) el cual actúa en nombre del Fondo Mundial y supervisa, verifica e informa sobre el desempeño de las subvenciones y la responsabilidad financiera a nivel de país. El Agente Local del Fondo no toma decisiones en representación del Fondo Mundial, pero efectúa verificaciones para éste y le recomienda medidas correctoras. Para el Proyecto, el ALF es la organización Price Waterhouse Coopers con cuyos representantes se mantiene una estrecha coordinación en cumplimiento de las solicitudes de información del Fondo

⁵ Los receptores principales fueron designados en Asamblea de CONAMUSA del 23 de junio del 2008.

Mundial, así como la emisión de los reportes periódicos que semestralmente debe emitir PARSALUD II.

Con fecha 25 de Enero se recibió la primera carta de implementación con la notificación del primer desembolso y definición del inicio oficial del proyecto cuya primera Fase se desarrollará entre el 1 de febrero del 2010 y el 31 de Enero del 2012.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL MINISTERIO DE SALUD



Situación general al inicio de la gestión de gobierno

Según la ENDES Continua 2004-2006, de cada 1,000 niños que nacieron en Perú durante los 0 a 4 años anteriores a cada ciclo de encuesta (fecha media de septiembre 2003), 21 murieron durante el primer año de vida en comparación con 33 para el período 5 a 9 años anteriores (fecha media de septiembre 1998) y 50 para el período 10 a 14 años anteriores (fecha media de septiembre 1993). Las estimaciones se consideran razonables si se tiene en cuenta el aumento del acceso de la población a los servicios de salud, principalmente en las áreas rurales.

- La mortalidad en la niñez, medida como muertes antes del quinto cumpleaños por cada 1,000 nacidos vivos, alcanzó durante el último quinquenio la cifra de 29; mientras que para el quinquenio inmediatamente anterior fue de 43 y el quinquenio 10 a 14 años anteriores fue de 70 niños por cada mil nacidos vivos.
- Los descensos en los últimos 10 años son igualmente importantes en la mortalidad neonatal (de 26 a 13 por mil nacidos vivos) y post-neonatal (de 24 a 9 por cada mil nacidos vivos), que tienen mayor relación con el entorno de salud, en especial la mortalidad neonatal.
- La disminución de la fecundidad también ha tenido un rol importante en el descenso de la mortalidad, pues ha disminuido la proporción de embarazos de alto riesgo.

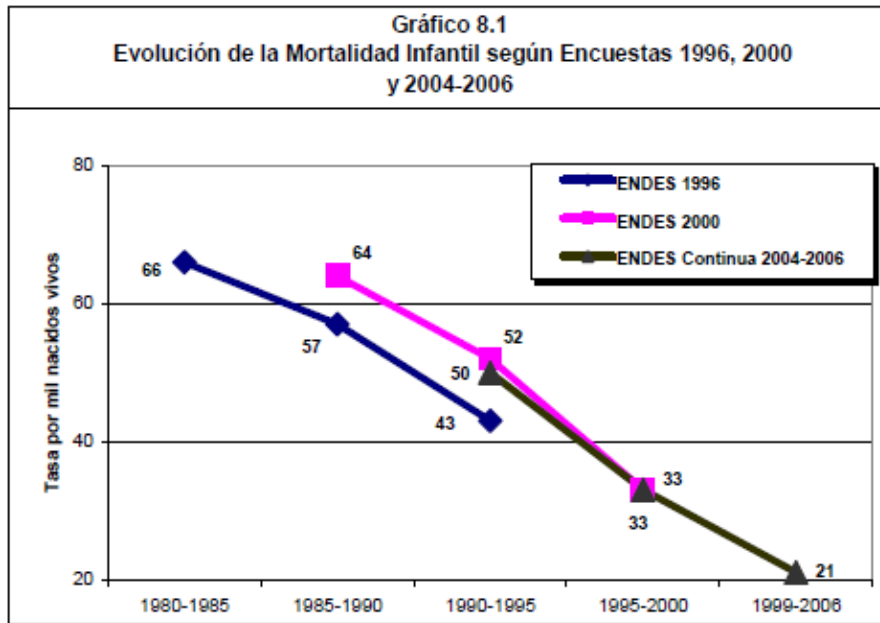
Cuadro 8.1 Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios

Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil, postinfantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la encuesta, Perú 2004-2006

Años antes de la encuesta	Año central de la estimación	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal ¹ (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
0-4	2003	13	9	21	8	29
5-9	1998	18	15	33	11	43
10-14	1993	26	24	50	22	70

¹Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal

Las probabilidades de morir durante el primer año de vida, resultantes para los tres quinquenios que precedieron a la **ENDES Continua 2004-2006** y para períodos similares referentes a las otras encuestas de demografía y salud realizadas en el país en 1996 y 2000, se muestran a continuación:



- En los diez años anteriores a la encuesta, la tasa de mortalidad infantil rural asciende a 36 y la urbana a 21 por mil nacidos vivos. Respecto a las tasas estimadas en la ENDES 2000, se ha producido un descenso en el área rural donde bajó de 60 a 36 por mil; mientras que en el área urbana sólo disminuyó de 28 a 21 por mil. La mortalidad en la niñez es mayor en el área rural que en la urbana (50 vs. 26 por mil). La diferencia es mayor en este indicador que en la mortalidad infantil debido a que la mortalidad después del primer año está más relacionada con las condiciones socioeconómicas y ambientales del medio y éstas son más deficitarias en el área rural.
- De acuerdo a la región de residencia, el riesgo de mortalidad infantil continúa siendo mayor en la Selva y la Sierra que en Lima Metropolitana o Resto Costa. Los niños que nacen en esas regiones tienen tasas de mortalidad infantil de 38 y 33 por mil nacidos vivos, respectivamente; en tanto que en Lima Metropolitana es de 14 y en Resto Costa asciende a 22 defunciones por mil. La mortalidad en la niñez se mantiene en el mismo nivel que la mortalidad infantil en Lima Metropolitana, sin embargo aumenta en las otras regiones siendo la tasa más alta en la Selva (56 por mil).
- El nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres sin educación o con estudios de primaria tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (34 y 38 por mil, respectivamente), que aquellos con madres que tienen estudios superiores (17 por mil).

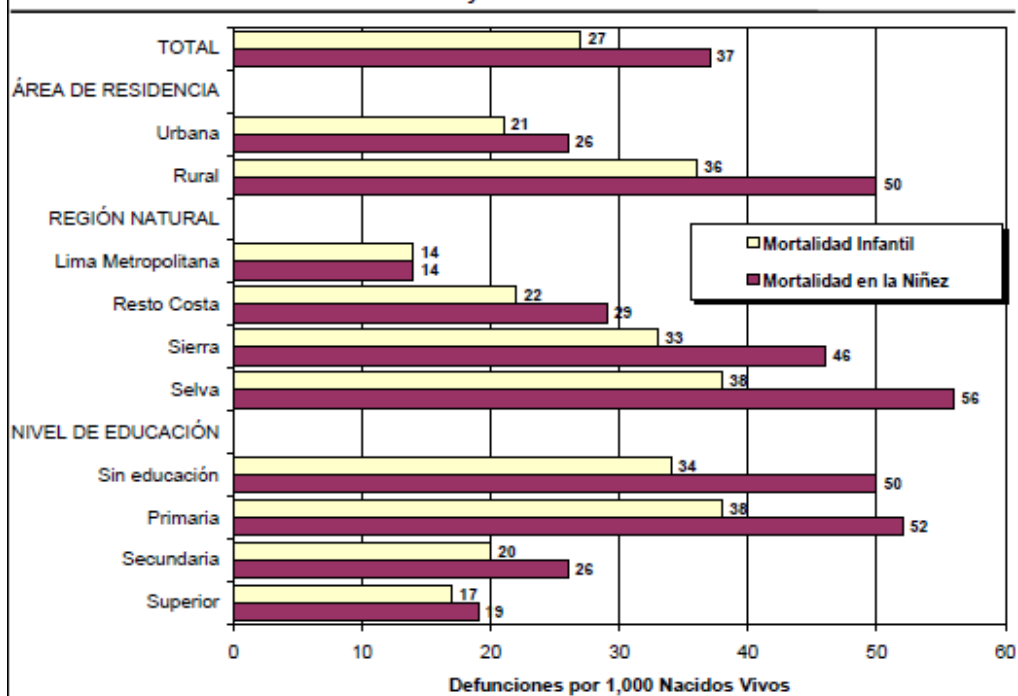
Cuadro 8.2 Mortalidad infantil y en la niñez por características seleccionadas

Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil, postinfantil y en la niñez para los diez años anteriores a la encuesta, por características seleccionadas, Perú 2004-2006

Característica	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal ¹ (MPN)	Mortalidad Infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Área de residencia					
Urbana	12	8	21	6	26
Rural	19	17	36	14	50
Región natural					
Lima Metropolitana	10	4	14	0	14
Resto Costa	12	10	22	7	29
Sierra	19	15	33	13	46
Selva	20	18	38	19	56
Educación de la madre					
Sin educación	15	19	34	17	50
Primaria	20	18	38	15	52
Secundaria	12	9	20	6	26
Superior	14	3	17	3	19
Quintiles					
Quintil inferior	23	22	45	15	59
Segundo quintil	18	15	32	16	48
Quintil intermedio	14	9	23	7	30
Cuarto quintil	14	6	20	3	23
Quintil superior	2	3	5	3	8
Total	15	12	27	10	37

¹ Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal.

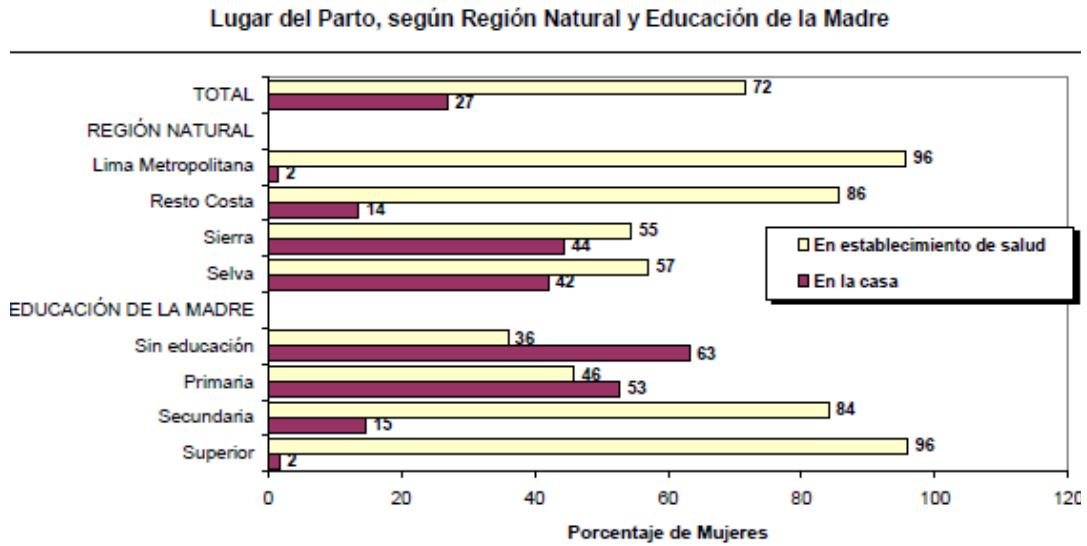
Diferenciales de la Mortalidad Infantil y en la Niñez por Lugar de Residencia y Nivel de Educación



La situación económica de los hogares es determinante en la mortalidad infantil: el nivel de mortalidad infantil es elevado en el quintil inferior de riqueza (45 por mil) y va disminuyendo hasta 5 defunciones por mil nacidos en el quintil superior. Similar comportamiento se presenta en la mortalidad de la niñez: en el quintil inferior es 59 defunciones por mil nacidos vivos y en el quintil superior llega a 8 por mil.

Lugar de ocurrencia del parto

- Más de siete de cada diez últimos nacimientos en los cinco años anteriores a la ENDES Continua 2004-2006 tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta proporción se incrementa considerablemente en 14 puntos porcentuales respecto a lo observado en el 2000 (58 por ciento). En forma correspondiente la ocurrencia del parto en casa bajó de 41 a 27 por ciento entre el 2000 y el periodo 2004-2006.
- Existen grandes contrastes dependiendo de las características de las mujeres. Así, los últimos partos se atendieron en un establecimiento de salud más de dos veces para el primer nacimiento en comparación con un nacimiento de orden sexto o mayor (85 vs. 39 por ciento) o si la madre vive en el área urbana en comparación con el área rural (91 vs. 45 por ciento). Estas diferencias también se hacen notorias con otras características: el parto en un servicio de salud es 3 veces más en las madres del quintil de riqueza superior que en aquéllas del quintil inferior (97 vs. 30 por ciento). Por otro lado, el parto en un servicio de salud es casi 3 veces menos si la madre no tiene educación en comparación con las que tienen educación superior (36 vs. 96 por ciento) o si no tuvo alguna visita de atención prenatal en comparación con las que tuvieron 4 o más visitas (21 vs. 77 por ciento). Las diferencias también son importantes con respecto a la región natural, donde 55 y 57 por ciento de últimos nacimientos en la Sierra y Selva respectivamente se dan en un establecimiento de salud, comparado con 96 por ciento en Lima Metropolitana. Hay departamentos donde menos de la mitad de mujeres han dado a luz en un establecimiento de salud, como en Puno (40 por ciento), Cajamarca (43 por ciento), Huancavelica (46 por ciento), Amazonas (48 por ciento) y Loreto (49 por ciento).
- Las diferencias se hacen más notorias si se desagregan los hallazgos por sector de establecimiento. Es interesante observar cómo el parto en un servicio privado ocurre cerca de 6 veces más en el área urbana que en el rural; los contrastes se hacen más pronunciados cuando se compara las madres con educación superior con las madres sin educación (ninguna de las cuales dan a luz en el sector privado), y aún más entre las que pertenecen al quintil superior (23 por ciento) en comparación con las del quintil inferior (quienes prácticamente tampoco dan a luz en el sector privado).



Principales líneas de intervención 2001-2006:

- ✓ Fortalecimiento de los servicios de salud del Primer Nivel de Atención. Especialmente en aquellas zonas con altas tasas de mortalidad materna e infantil (Ayacucho, Amazonas (Bagua), Apurímac, Cusco, Huánuco, Huancavelica y Puno).
- ✓ Fortalecimiento de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia, con la finalidad de optimizar el uso de los servicios de salud existentes (Ayacucho, Amazonas, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Piura y Puno).
- ✓ Fortalecer los Servicios Críticos: Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico y Servicios Generales. (Ayacucho, Amazonas (Bagua), Apurímac, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Puno y Lima).

Inversiones de PAR SALUD: Fortalecimiento de los servicios materno Infantiles

DIRESA	INFRAESTRUCTURA		EQUIPAMIENTO		INVERSIÓN TOTAL (S/.)
	Nº EESS	INVERSIÓN (S/.)	Nº EESS	INVERSIÓN (S/.)	
AYACUCHO	38	7,662,189	144	12,264,283	19,926,472
HUANCAVELICA	23	9,684,560	104	8,982,729	18,667,289
BAGUA	24	11,951,292	91	6,355,936	18,307,229
HUANUCO	19	6,609,168	98	10,487,698	17,096,866
CUSCO	19	14,225,984	96	9,911,530	24,137,515
PUNO	20	10,909,121	116	10,117,312	21,026,433
APURIMAC	45	13,970,964	57	6,324,619	20,295,583
TOTAL	188	75,013,279	706	64,444,107	139,457,385

Las Políticas Prioritarias establecidas para el Sector Salud, fueron diseñadas en función a los Compromisos para la Mejora de la Calidad del Gasto con una visión de largo plazo, consensuados en el Foro del Acuerdo Nacional, específicamente los siguientes:

- ✓ Respalda una definición de prioridades, que deberá expresarse en la Ley de Equilibrio Financiero, centrada en el desarrollo de capacidades humanas, con particular atención al desarrollo de capacidades de la población rural.
- ✓ Promover en el Ejercicio Fiscal 2006 la búsqueda de una mayor eficacia, eficiencia y equidad en el gasto público por parte del gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales.

En el marco de estos compromisos se gestionó la creación de tres Actividades Presupuestales relacionadas a los temas prioritarios del Sector para el Ejercicio Fiscal 2006, definidos en correspondencia con los lineamientos y metas establecidas en el Acuerdo Nacional, Objetivos del Desarrollo del Milenio, Plan de Superación de la Pobreza 2004- 2006 y el Plan Nacional de Acción por la Infancia, los mismos que se señalan a continuación:

- ✓ Atención de la mujer gestante, que incluye parto seguro.
- ✓ Atención del niño menor de cinco años, que incluye atención al recién nacido, inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, vigilancia nutricional y atención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.
- ✓ Vigilancia de la calidad del agua

Mediante el Artículo 6° inciso g) de la Ley N° 28652 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2006 y la Novena Disposición Complementaria y Final de la Ley N° 28653 – Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2006, se establecen la protección de los créditos presupuestarios asignados a las siguientes actividades que se encuentran en el ámbito del Sector Salud:

Atención de la Mujer Gestante; Atención del Niño Sano Menor de Cinco Años; Atención de Enfermedades Diarreicas Agudas en Niños Menores de Cinco Años; Atención de Enfermedades Respiratorias Agudas en Niños Menores de Cinco Años; y Atención de Neonato Menor de 29 Días.

Respecto a los **Acuerdos de Gestión**, instrumento de gestión en donde las partes se comprometen a cumplir las metas de indicadores relacionados al logro de los objetivos estratégicos nacionales y regionales.

Presentaron las siguientes finalidades:

- ✓ Ejercicio de rectoría en salud
- ✓ Mejora de la gestión por resultados
- ✓ Proceso participativo nacional
- ✓ Contribuye al proceso de descentralización

En los años 2002-2004 se tiene entre 34 Direcciones Regionales de Salud y el Ministerio de Salud, y en los años 2005-2006 entre 23 Gobiernos Regionales y el Ministerio de Salud.

Metas propuestas al inicio de la gestión de gobierno

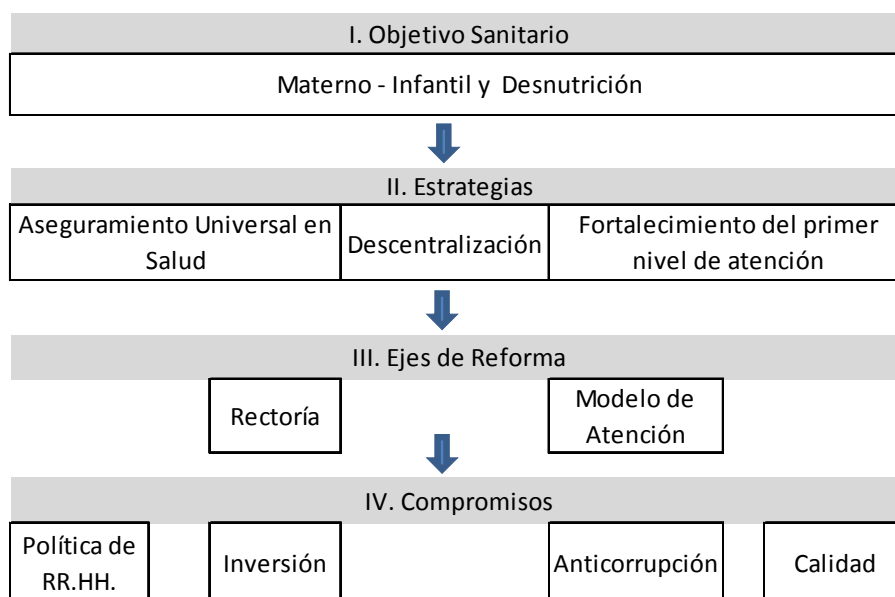
Lineamientos de Gestión

Vivimos como podemos percibir - más allá de esta crisis económica, comercial, financiera de la cual todos somos testigos y de la cual se vienen haciendo diversos análisis - una etapa de expansión y crecimiento que ya se ha presentado antes en nuestra historia. Reconocemos por lo menos dos experiencias anteriores con posibilidad de crecimiento y desarrollo económico y posibilidad de transformaciones profundas en el país. Todos conocemos, en el siglo XIX, la gran riqueza que se produjo con la explotación del guano y el salitre, tuvimos 30 años de crecimiento continuo de la economía, 30 años que pudieron poner al Perú como una potencia del siglo XX. Sin embargo, diversos factores y en gran medida la miopía y la ceguera de la clase dirigente lo impidieron. La potencialidad que tuvo esa etapa de nuestra historia, si se ponía el acento en la transformación del capital humano, hubiese sido el factor que nos transportara a otra situación en el siglo XX. Lamentablemente no sucedió así y hay ahora estudios económicos y científicos muy claros respecto a lo que significó como pérdida, no sólo de recursos económicos, sino como pérdida de oportunidades para la transformación de nuestro país que nos hubiese colocado en otra situación durante el siglo XX y el actual siglo. Pero hemos tenido también a principios del siglo XX otra gran oportunidad perdida vinculada a la primera guerra mundial, la posibilidad de que a partir de buenos precios de nuestros productos de

exportación hubiésemos podido iniciar las transformaciones para fortalecer al Perú en el concierto internacional. Nuevamente por la miopía de la clase dirigente se terminó en el fracaso y una frustración profunda. No se aprovecharon las oportunidades, no se aprovechó el crecimiento, no se invirtió lo que tenía que invertirse, se prefirió hacer de esa riqueza el aprovechamiento personal o de grupo y por la tanto el país perdió la segunda gran oportunidad. Los historiadores y economistas reconocen que la actual sería la tercera gran oportunidad, desde la fundación de la República, para poder dar ese salto como país.

Pero ahora tenemos claramente ante nuestros ojos lo que se ha señalado como errores del pasado y que hoy no deben volver a cometerse. Nuevamente estamos ante la encrucijada de destinar ese crecimiento económico y esos nuevos recursos que la economía obtiene hacia el mejoramiento del aparato productivo y a un mejoramiento que beneficiará a unos pocos, o si decidimos con determinación tomar el camino de fortalecer lo que siempre será el principal capital de un país, el capital humano. Todo lo que podamos invertir en carreteras e infraestructura, es muy necesario; sin embargo no tendrá sentido si el capital humano no se ha desarrollado desde el punto de vista nutricional, educativo, tecnológico, de salud para estar a la altura de hacer producir esos capitales que ingresan, de generar nuevas riquezas y por lo tanto de potenciar al Perú a niveles mucho mayores de desarrollo e igualdad. Tenemos que ubicar, por lo tanto, los problemas de la salud pública en ese contexto, y llegamos a la conclusión de que no están separados de los temas de la educación, del desarrollo tecnológico y de otro conjunto de factores. Tampoco podemos alcanzar esos niveles de transformación sin pensar en nutrición, en salud, como condiciones básicas para ese desarrollo.

Articulación de los Lineamientos de la Gestión Sectorial



I. NUESTROS OBJETIVOS EN SALUD

Nuestro país no nació hoy, sino que tiene una historia y la salud pública tiene también una. Nuestro pueblo tiene, asimismo, una historia de demandas y de soluciones todavía insatisfechas. Es claro que las transformaciones sanitarias que debemos alcanzar están señaladas, por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que a nivel internacional tienen consenso y que el país, como tal, los ha suscrito; como queda constancia en la política décimo tercera del Acuerdo Nacional, y que están respaldados por el acuerdo de los 16 partidos políticos de marzo del año 2006. Tenemos también los Lineamientos de Política en Salud 2002-2012 y el Plan Nacional Concertado aprobado en el año 2007.

1. Reducción de la desnutrición crónica infantil

Necesitamos transformaciones profundas en la lucha contra la desnutrición; los propios objetivos de Desarrollo del Milenio nos plantean esa orientación y nuestro país se ha trazado las metas a alcanzar, entre las que destaca la disminución en 9 puntos porcentuales de la tasa de desnutrición infantil al 2010 y seguir bajando los índices en los siguientes años.

2. Disminución de la mortalidad materna

Otra de estas metas, definidas también por los objetivos de Desarrollo del Milenio, es la reducción de la mortalidad materna a una tercera parte; tenemos también metas con relación a la reducción de la mortalidad infantil a una tercera parte de las tasas a inicio de los 90.

3. Disminución de la mortalidad infantil

En el caso de la mortalidad infantil, podemos decir que ya este año y el siguiente estaremos en una tasa de mortalidad infantil de 18 por 1000 nacidos vivos, antes de que cumplan un año, que es la meta del 2015 si tomamos como punto de partida la tasa de 57 por 1000 nacidos vivos a principios de los 90. Actualmente estamos a un tercio, pero eso no tiene por qué dejarnos satisfechos. Sabemos que esas tasas, esos promedios, esas estadísticas, esconden brechas que no muestran la tasa de mortalidad infantil real que es muy superior a ese promedio y por lo tanto tenemos obligación de ajustar nuestras propias metas, de orientarlas con claridad a los bolsones de pobreza donde estas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna son más altas y tener la suficiente claridad para señalar que no sólo necesitamos estrategias y acciones generales con relación a estos objetivos sino que tenemos que llevar a cabo acciones específicas a las zonas donde estas tasas son más altas y son más demostrativas de esta pérdida de capital humano que significa la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

4. Control de las enfermedades transmisibles

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio tenemos también compromisos y retos nacionales con relación a las enfermedades transmisibles, como son los temas de malaria, dengue, bartonellosis, tan peruanas como cualquiera de nosotros, el VIH Sida, que nos golpea tanto y también otro conjunto de

enfermedades transmisibles que son parte de las acciones que se vienen desarrollando desde el nivel nacional y que está a cargo de las direcciones regionales, donde todavía estamos muy lejos de estar satisfechos con los resultados obtenidos.

5. Control de las enfermedades crónicas y degenerativas

Tenemos además compromisos con relación a las enfermedades crónico degenerativas que están ubicadas como estrategias con diversos planes para encararlas, como son: el cáncer, la hipertensión, la diabetes, y otras enfermedades. Enfrentamos, por lo tanto, un panorama de objetivos sanitarios, al cual no somos ajenos y sobre el cual tenemos definiciones muy claras y concretas que habrá que ir midiendo, porque si no constatamos los avances y no identificamos los problemas no vamos a poder avanzar y lograr esos objetivos.

II. LAS ESTRATEGIAS PRINCIPALES PARA LOGRAR NUESTROS OBJETIVOS

A. EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

La primera de las estrategias que mi gestión se compromete a impulsar es la estrategia del Aseguramiento Universal, que felizmente viene siendo planteada, pero que debemos transformar en acción concreta. Tenemos, afortunadamente sobre eso, avances muy importantes; tenemos el compromiso de las fuerzas políticas para avanzar en ese sentido; tenemos el proyecto de ley presentado en el Congreso, ya aprobado, en la Comisión de Salud. Por lo tanto tenemos ad-portas, con el respaldo de la gran mayoría de los partidos políticos representados tanto dentro del congreso nacional como fuera de él, la posibilidad de la aprobación del marco legal del aseguramiento universal. Si bien esta idea fue planteada tiempo atrás, desde el punto de vista del marco legal, no tenemos una definición clara en el país y por lo tanto es indispensable tener una ley de aseguramiento universal que defina el derecho de todo ciudadano al acceso a los servicios de salud a través de cualquier modalidad de aseguramiento que pueda existir y que hay que impulsar.

Esta priorización del derecho de los ciudadanos a gozar de un seguro que les garantice el acceso a los servicios de salud es un cambio fundamental en el país; lograrlo pondrá al Perú en el campo de la modernidad en salud pública. Hoy todavía somos premodernos. La mayoría de países tienen un marco legal que reconoce ese derecho, el Perú no lo tiene y la aprobación de la ley de aseguramiento universal marcará ese cambio fundamental en la salud pública peruana. Podemos discutir sobre el conjunto de esos derechos y la demanda de recursos que sabemos son difíciles de obtener, sin embargo lo más urgente es el diseño de una estrategia de implementación progresiva del aseguramiento universal.

El punto de partida no es mañana ni dentro de cinco años, el punto de partida es hoy, y a la vez que señalamos el derecho de la ciudadanía de acceder al Aseguramiento Universal o a través del aseguramiento universal a todos los servicios de calidad, necesitamos definir una estrategia con compromisos muy claros hoy y detallar los pasos a través de los cuales avanzaremos para lograr con firmeza esos objetivos para la salud pública peruana. Esto no está construido, ése es el reto que tenemos que asumir en conjunto porque

cargamos a costas con las responsabilidades nacionales, regionales y locales. Y tenemos que responder al conjunto de demandas que este reto nos plantea, aparte del marco normativo y esta disposición a la cual debemos aportar. Resulta fundamental que la Comisión de Salud del Congreso esté impulsando este proceso.

Tenemos una experiencia acumulada en los últimos años que es sumamente importante, que nos deja lecciones aprendidas donde identificamos problemas; pero también identificamos fortalezas y nos toca hoy perfilar las fortalezas y neutralizar las debilidades o los problemas que podamos tener en esta estrategia del aseguramiento en salud. Necesitamos, con los instrumentos de hoy y con los recursos de hoy, definir claramente las reglas de juego entre el nivel central, el nivel regional y local.

Eso es parte de lo que hoy está en debate. Necesitamos en el caso, por ejemplo, del Seguro Integral de Salud (SIS), tener claridad respecto a las prioridades que atender y el esquema de implementación del aseguramiento universal que la propia ley plantea, como por ejemplo empezar con zonas piloto que permitan integrar una experiencia de construcción del sistema de aseguramiento universal. Así también parte de los retos que hemos tenido en los últimos tiempos han sido los pilotos de descentralización, es decir esta posibilidad de incorporar a gobiernos locales y a la comunidad en este reto de hacer transformaciones cada vez más profundas de la salud pública y tener logros sanitarios como los que hemos señalado al inicio.

B. LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD

La segunda gran estrategia es una que ya está en curso, es el Proceso de Descentralización Política del País. Este no es un proceso que se inicia recién el año 2003, es un largo proceso de transformación política en el país que tiene años, por lo menos las aspiraciones descentralistas tienen décadas y surgieron con la República. Nuestra República, en 1821, optó por un modelo centralista de país. Así lo definieron los padres de la patria por aquel entonces, establecido el debate y habiendo otras alternativas, eligieron un gobierno nacional centralizado y unitario en lugar de uno federado. Desde ese momento se ha mantenido en todas las constituciones la concepción de un país unitario y con un solo gobierno que es el gobierno nacional, es una concepción de país centralizado, válida para su época. No obstante en esa misma época aunque con distintas realidades, Estados Unidos se constituyó como un Estado Federal; México, con su revolución de principios del siglo 20, se transformó en un país también con estados federativos, Brasil y Argentina con sus diferencias tienen estados y provincias con una autonomía bastante mayor que la que hoy pueden tener en el marco legal peruano los gobiernos regionales. Cada país ha ido definiendo su historia y su proceso. Recién en la constitución del 79 se define al Perú como un país unitario pero con tres niveles de gobierno; esa idea no existía en la constitución anterior y trastoca el pensamiento predominante en toda nuestra vida republicana, porque había que empezar a pensar en el país con un gobierno nacional, con gobiernos regionales, con gobiernos locales, cada uno con sus roles pero viviendo en armonía y potenciando las capacidades de los peruanos a través de esta forma de organización democrática. Ese reto que plantea la constitución del 79 tomó 10 años para que se haga la primera experiencia de creación de gobiernos regionales que como sabemos se hace entre el año 89 y 92.

A nivel local, siempre tuvimos municipalidades desde la colonia y durante toda la República, pero nunca fueron órganos de gobierno, fueron instancias administrativas

desconcentradas, dependientes del gobierno nacional. Recién la constitución del 79 les da ese carácter; la Ley de Municipalidades del año 1984 reafirma ese carácter que la constitución le da a los gobiernos locales y recién la creación de gobiernos regionales el año 89, abre esta instancia de gobierno intermedio. Como sabemos este proceso sólo duro tres años hasta el autogolpe del ingeniero Fujimori que así como disolvió el Congreso, disolvió los gobiernos regionales y volvimos con la constitución del 1993 a la concepción de gobierno centralista.

Con los cambios del año 2000-2001 y la elección del gobierno democráticamente elegido el año 2001, se abrió la posibilidad de retomar el camino de la descentralización. Fue necesario modificar la constitución del 93 que había, como ya dijimos, anulado la transformación democrática descentralista de la constitución del año 79. En marzo del año 2002, el Congreso da una ley que recoge los planteamientos descentralistas de la constitución del año 79 y la incorpora a esta constitución del 93, hoy vigente. Por lo tanto ahora tenemos el marco legal para ese proceso democrático de transformación de un país unitario, pero con tres niveles de gobierno.

Una de las funciones esenciales del Gobierno es formular políticas, es decir, en el caso del sector Salud, dar las orientaciones claras para enfrentar los retos sanitarios y lograr las transformaciones. Necesitamos normas nacionales y normas regionales que se adecuen en el marco de las políticas nacionales. En eso la ley es muy clara, en el marco de las políticas nacionales se desarrollan las políticas regionales y toda la creatividad para que estas se ejecuten ampliamente. Pero ¿cómo formulamos políticas?, surge la pregunta, entonces debemos aprender, algo conocemos, éste es un trabajo conjunto a partir del análisis de las políticas sanitarias tanto en el plano nacional y en el plano regional y debemos definir las prioridades sanitarias. Obviamente necesitamos definir las políticas que orientan las acciones hacia los logros y resultados para que los problemas sanitarios sean resueltos. Es esa variedad y riqueza, lo que caracteriza a nuestro país, porque nuestro país es así, heterogéneo, (pluricultural), geográficamente rico, y las políticas tienen que adaptarse a las particularidades culturales, geográficas, epidemiológicas, que hay dentro de este gran espacio nacional que es el Perú.

La ley es letra y la realidad camina por su propio curso como sabemos. Pero ese curso lo podemos conducir las personas, los dirigentes, quienes tengamos las responsabilidades en el nivel nacional, en el nivel regional o en el nivel local; por eso es un reto construir este nuevo Perú descentralizado. Tenemos el marco legal, tenemos una definición de cómo debería avanzar pero aún existen complejidades muy grandes; la primera barrera somos nosotros mismos porque estamos habituados al centralismo, no sólo quienes tienen una función en el nivel nacional, también los que tienen una función en el nivel regional y en el nivel local estamos habituados al centralismo y tenemos que cambiar esa forma de pensar, tenemos que repensar nuestro rol, no sólo de estos niveles de gobierno, sino también de los propios actores para asumir este reto de transformación profunda y democrática del Perú.

En estos años se ha avanzado bastante particularmente en el sector Salud y todos reconocemos los esfuerzos que se han hecho desde las instancias nacionales y las instancias regionales para definir un camino consensuado en el proceso de descentralización. Todos los entendidos en el proceso de descentralización reconocen que Salud ha abierto trocha, no hay otro sector en el cual las autoridades nacionales y regionales se hayan sentado a discutir “oye, tus funciones son tales, las mías son tales, a

ver pongámonos de acuerdo ya y el límite de la frontera está aquí en el marco de la ley pero claramente establecido, por lo tanto estas funciones son las que tengo que transferirte”. El cómo de ese proceso también ha sido discutido y consensuado, eso es importante, en ese sentido Salud marca un ejemplo que no ha sido similar en otros sectores y creo que ha permitido resolver de mejor manera los problemas que implican un proceso de transferencia de funciones y de delimitación.

Sabemos que eso tiene precisiones todavía pendientes pero sin duda el camino está marcado. Tenemos tres grandes pendientes, el primero de los pendientes es que las funciones que están siendo transferidas - o ya han sido transferidas - requieren capacidades para ser ejercidas, que no necesariamente están desarrolladas en los niveles que reciben las funciones y esto no es responsabilidad de las autoridades regionales; el proceso es inevitablemente así, se están transfiriendo funciones que nunca han sido ejercidas en el nivel regional - y dicho sea de paso nunca por el Gobierno nacional plenamente.

Es el caso de la formulación de políticas, para lo cual hay poca experiencia; así como otra gran función de gobierno; el planeamiento. Lo que hemos aprendido acerca del planeamiento es casi un ritual de normas que, al menos en Salud Pública, ha sido más de lo mismo. Ahora tenemos el reto de repensar el planeamiento, porque el proceso de descentralización implica varios niveles de gobierno y fundamentalmente implica una nueva forma de relación del Estado con la sociedad.

La descentralización es un medio, no es un fin. Los fines son los objetivos sanitarios así como fortalecer las instancias de gobierno en esta apuesta por un Perú descentralizado; y lograr una nueva relación entre el Estado y la sociedad, una relación más horizontal, participativa, transparente con rendición de cuentas y eso implica que nuestro planeamiento incorpore todas estas variables. Todo lo que hayamos aprendido de planeamiento hay que incorporarlo en esta nueva lógica, hay numerosas experiencias que se vienen desarrollando en las regiones de planeamiento participativo; apoyemos esas experiencias, aprendamos todas de ellas porque ésa es una función no sólo técnica, ni sólo gerencial, sino una función de gobierno y es ésa la diferencia entre el planeamiento del que hablamos en Salud y el planeamiento que pueda hacer una institución dedicada a la salud también como puede ser la Seguridad Social o como pueden ser las sanidades, pero que no son entidades de gobierno.

Un segundo pendiente es la adecuación organizacional para la descentralización. Hay experiencias internacionales así como experiencias nacionales, y procesos interesantísimos que se están desarrollando en las regiones a los cuales debemos echar mano tanto para las modificaciones organizacionales en el nivel nacional como para las propias modificaciones a nivel regional. Por lo tanto, este gran pendiente de cómo adaptarnos organizacionalmente para el ejercicio de las funciones en el proceso de descentralización, tiene vías de solución y esas vías de solución pasan por el intercambio de experiencias, en el trabajo conjunto, en la necesidad de que el nivel nacional se comprometa con la asistencia técnica necesaria para esos procesos y que las instancias regionales inicien los procesos y los cambios como parte de una reflexión colectiva donde aprendamos de las experiencias, Arequipa tiene una, la Libertad tiene otra, pero también tenemos experiencias en San Martín, en Cajamarca, en Amazonas, Lambayeque y

Ucayali. Aprendamos unos de otros y reforcemos lo que son estas lecciones aprendidas valiosísimas para el proceso de descentralización.

El tercer gran pendiente de la descentralización es, sin duda, el tema del financiamiento. Todos somos conscientes de que sin dotar de los recursos necesarios este proceso no avanzará en los niveles que queremos que avance. Uno de los conceptos que estuvo acuñado al inicio del proceso de descentralización, es que este proceso se basa en el principio de la neutralidad fiscal. La neutralidad fiscal, en descentralización, implica que no tiene por qué crecer el financiamiento abocándose únicamente al traspaso de recursos de un nivel al otro pero manteniendo un crecimiento cero del financiamiento.

Pero eso es falso, eso es absolutamente insostenible, porque el ejercicio de las funciones que se transfieren requiere inevitablemente mayor cantidad de recursos porque la descentralización significa un ejercicio ampliado de las funciones del Estado para mejorar la eficiencia y calidad de los ejercicios a favor de la población.

Por lo tanto, el sólo hecho de la constatación racional de la transferencia de funciones y su ejercicio progresivo nos habla de que necesitamos financiamiento creciente, financiamiento progresivo. Pero el punto de partida es que los recursos que en el nivel nacional existían para funciones anteriormente nacionales que hoy pasan al nivel regional, tienen que ser transferidos todos.

Sabemos que el Ministerio de Salud, a diferencia de otros ministerios, ha hecho esfuerzos importantes en identificar y transferir esos recursos. Por lo menos, en lo que va del año 2008, se han transferido 296 millones de soles a los gobiernos regionales pero, de ese monto 140 millones pertenecen a la región Lima, es decir, al Gobierno Regional Lima. Por lo tanto, la diferencia, 156 millones de soles, es lo realmente transferido a los gobiernos regionales para el ejercicio de las funciones transferidas.

C. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La tercera estrategia fundamental, para lograr nuestros objetivos sanitarios es el fortalecimiento del primer nivel de atención. No vamos a lograr la reducción de la desnutrición, ni de la mortalidad materna, ni la de la mortalidad infantil, ni la disminución de las tasas y los índices de enfermedades infecto contagiosas, como es el compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino fortalecemos nuestra capacidad de acción particularmente en el primer nivel de atención.

Todos sabemos que lo principal en Salud Pública es la Promoción de Salud y la prevención de las enfermedades, lo cual implica trabajar con la familia, la comunidad y el nivel local. Para ello es prioritario el primer nivel de atención.

Como sabemos el 80% de la demanda se puede resolver en el primer nivel de atención. Sin embargo, el grueso de los recursos están asignados a los niveles de mayor complejidad. Para lograr nuestros objetivos sanitarios tenemos que invertir las prioridades.

Eso requiere cambios importantes no sólo en el primer nivel de atención mediante su fortalecimiento, sino reforma del sector, y necesitamos introducir ejes de reforma sectorial que permitan viabilizar estas estrategias, no sólo como en el subsector público sino en el conjunto del sector Salud del país.

III. NECESITAMOS REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD

A. FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA SECTORIAL EN SALUD

El primer eje de reforma que mi gestión se compromete a impulsar, aunque se trata de una responsabilidad conjunta nacional y regional, es fortalecer la rectoría sectorial en salud. Este aspecto de la salud pública requiere sólo decisión política, a eso se añaden requisitos técnicos, procedimientos, pero lo principal es decisión política. Tenemos la decisión política de fortalecer la rectoría, tenemos la decisión política de rescatar al Consejo Nacional de Salud como instancia de discusión y de planteamiento de soluciones sectoriales y de darle a ese espacio, con la participación ciudadana y con la participación de todas las instituciones que funcionan en el sector, la capacidad para tomar decisiones. Ya he señalado en ocasiones anteriores que lo que el Consejo Nacional de Salud decida el Ministerio lo ejecuta. No necesitamos ley para eso, sólo necesitamos decisión política. Por lo tanto podemos garantizar, no sólo en el nivel nacional sino también en el nivel regional, que los espacios de participación institucional y ciudadana tengan esa potencia. Decisión política es conducción, señalamiento del norte, aprobación de las políticas, establecimiento de las reglas de juego, de la normatividad necesaria y de la fiscalización de su cumplimiento. En ese contexto, los espacios amplios y democráticos funcionan.

Si no hay decisión de formular políticas, de conducir acciones, de definir reglas de juego, de fiscalizar su cumplimiento, no pasa nada y esos espacios son inútiles y todos se aburren. Los representantes de los subsectores dejan de ir al Consejo Nacional de Salud, mandan al segundo, al tercero, al cuarto, al quinto. Igual, en los Consejos Regionales de Salud mandan al segundo, al tercero, al cuarto, al quinto, porque no son espacios que deciden nada, porque no discuten los temas más importantes. Eso no es responsabilidad de la norma, ni es responsabilidad de los segundos, terceros, cuartos o quintos, es responsabilidad de quienes tenemos la autoridad. Si nosotros decidimos hacerlo, esos espacios se convertirán en espacios de conducción real. Por lo tanto debemos comprometernos a que sea así, porque la rectoría tiene niveles de aplicación, y así como hay una rectoría nacional, hay una rectoría regional que es irremplazable.

Fortalecer la rectoría de por sí ya implica un cambio en el modelo de gestión de la salud pública en el Perú y apostamos a eso, un cambio en el modelo de gestión, para poder pasar de un sistema fragmentado y segmentado como el que hoy existe a un sistema que funciona con objetivos comunes que tiene políticas que comprometen a todos, que tiene normas de calidad de atención, de establecimientos, de financiamiento y otras que comprometen a todos. Cómo lograr que estas normas sean aceptadas por el conjunto, requiere decisión política, pero requiere además procesos de discusión conjunta, de persuasión, de intercambio y lograr acuerdos concretos, por consenso, por lo tanto una participación activa de los interesados. Entonces formular políticas, formular normas, es decir las reglas de juego, y establecer los mecanismos de vigilancia y su cumplimiento habiendo pasado por procesos de consenso y de persuasión, es la ruta a través de la cual podemos producir este gran cambio en el modelo de gestión nacional.

B. CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCIÓN

Un segundo eje de la reforma del sector Salud en el país es pasar del enfoque tradicional asistencialista y medicalizado, a un enfoque preventivo y promocional.

Nuestro sistema de salud tiene que basarse en la promoción de hábitos de vida saludable que potencian las capacidades físicas e intelectuales de las personas y mejoran la calidad de vida. Tiene que basarse en la promoción de la equidad, sin discriminación de género, raza, edad o características culturales. Tiene que basarse en la prevención de riesgos y daños a la salud. Esto es fundamental para garantizar un uso más racional de los recursos y mejorar también los niveles de atención primarios y los más complejos. Saludamos los esfuerzos que en esa orientación viene haciendo EsSalud y nos comprometemos a un trabajo conjunto para cambiar el modelo de atención tradicional, asistencialista y medicalizado.

IV. CUATRO COMPROMISOS PARA EL GRAN CAMBIO EN SALUD PÚBLICA

Tenemos objetivos sanitarios claros, definidos con anterioridad por el país, con metas y objetivos en el corto, mediano y largo plazo, tenemos estrategias que queremos priorizar, el aseguramiento universal, la descentralización ya en curso y el fortalecimiento del primer nivel de atención, pero requerimos para ello compromisos.

A. UN COMPROMISO CONJUNTO PARA DEFINIR UNA CLARA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.

No es posible pensar en transformaciones sanitarias profundas sino producimos un cambio en las políticas de desarrollo de los recursos humanos. No es posible - sólo para señalar dos ejemplos- que sigamos desde principio de los 90, con estas normas que dicen prohibido incrementos o aumentos salariales y la norma que dice - también por austeridad - prohibido creación de plazas.

A principio de los 90 se ganaba 450, 500 soles y teníamos 2600 ó 2700 establecimientos de primer nivel. La demanda no sólo ha crecido por el crecimiento demográfico, sino que eso estaba contraído por los efectos de la crisis de la hiperinflación de los 80 y el problema del terrorismo. Con mucho esfuerzo se ha hecho crecer los establecimientos, hoy son más de 6000, casi 7000 establecimientos de primer nivel. ¿Y cómo crece la frontera de servicios, en la expansión, en la incorporación de población al acceso a los servicios, todo muy necesario y muy loable, sino se crean plazas, sino se incrementan recursos para el personal, sino se definen reglas de incorporación de personal, normas de incentivos, de estímulos al perfeccionamiento profesional, a la mejor calidad de la eficiencia de los recursos humanos?

No podemos pensar con los criterios antiguos si queremos pensar en transformaciones modernas, esto ha llevado a las distorsiones que todos conocemos, y en las cuales muchos incurrimos, porque hasta el momento no hay otra forma de pago, como por ejemplo vía CAFAE, AETAS, etc. modalidades que no son otra cosa que sacarle la vuelta a las normas de austeridad y es el reconocimiento explícito que con esas normas es inviable seguir trabajando. Se recurre a otras modalidades para que por lo menos se pueda paliar las demandas justas de los diferentes grupos profesionales.

Así también la contratación por servicios no personales, es una forma ilegal y absurda de resolver una necesidad objetiva que es la creación de plazas y ampliación de los recursos humanos. Eso hagámoslo mejor en forma transparente y clara y no recurramos a estas formas absurdas e ilegales que el Estado no le permite a ningún privado. Un privado que

quiera contratar por servicios no personales es sancionado; el Estado, sin embargo, lo viene haciendo y nuestro estimado es que el 40% de los trabajadores está laborando bajo esta modalidad en el sector Salud, con algunas variantes entre regiones y regiones.

B. UN PLAN MULTIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD

Otro compromiso es reformular en el corto plazo un plan multianual de inversiones en infraestructura y equipamiento para el mediano y largo plazo. Necesitamos tener una evaluación más exacta de la capacidad instalada en todo el sector salud, así como un análisis de la demanda actual y potencial de los próximos años, para poder definir nuestras necesidades de inversión en infraestructura y equipamiento de todo el sector salud, a nivel nacional y en cada región. Este plan debe servirnos para orientar todas las iniciativas de inversión en salud del gobierno nacional, de los gobiernos regionales y gobiernos locales. Pero también servirá para concretar las inversiones de EsSalud, las sanidades y del sector privado.

También el tema de medicamentos, que es un tema central, tiene que estar inscrito en esa perspectiva y todos los avances de las compras centralizadas y los temas que vienen conexos a ello, tienen que estar identificados en esa perspectiva. Por lo tanto esto es un segundo compromiso al cual quisiera convocar a todas las autoridades regionales, porque éste es un trabajo sin duda técnico pero que parte de una orientación de política sanitaria en función de las necesidades y tenemos que hacerlo de manera conjunta.

C. LUCHA FRONTAL CONTRA LA CORRUPCIÓN EN SALUD

Mi gestión está comprometida en la lucha frontal contra la corrupción. Me satisface mucho que haya regiones que han iniciado procesos de este tipo.

Tenemos el caso de Lambayeque, La Libertad, San Martín, Ucayali y de algunas otras regiones que han iniciado un plan de lucha contra la corrupción en Salud, y ya tienen formulados planes anticorrupción, que no se han hecho entre cuatro paredes, sino que han sido los Consejos Regionales de Salud y por iniciativa de la Direcciones Regionales correspondientes, que han iniciado este proceso, que han abierto espacios de discusión con la ciudadanía para identificar cuáles son las necesidades en la lucha contra la corrupción, cuáles son las prioridades, qué temas hay. Ahí aparece el tema de que son asegurados del SIS pero les cobran, que son beneficiarios de medicamentos pero no hay medicamentos y les dicen que en la farmacia del frente sí tienen porque estarán amarrados con determinados funcionarios o personas.

Tenemos que enfrentar la corrupción y la meta es que algún día podamos decir, corrupción cero en el sector Salud. Pero no lo vamos a poder lograr sino tenemos una activa participación ciudadana, y por lo tanto debemos pensar en los mecanismos a través de los cuales podamos garantizar que esta voluntad e interés se puedan ejercer a nivel nacional, regional o local y que sea fortalecida con la presencia de los usuarios, de los ciudadanos y con espacios en los cuales puedan ser expresadas las opiniones de los usuarios, pues ellos son los beneficiarios de este proceso de acciones y transformaciones en salud Pública.

D. COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Hacemos nuestra la iniciativa del Colegio Médico de un pacto por la calidad de la atención en todos los servicios de salud del país. Entendemos esta lucha por la calidad como expresión del reconocimiento del derecho ciudadano a ser atendido con estándares óptimos de trato, información y capacidad profesional y técnica, independientemente de su capacidad económica, condición social, género, raza o ubicación geográfica. Para ese fin convocamos la más amplia participación ciudadana y garantizaremos los espacios necesarios para que sea ejercida. Este es nuestro cuarto compromiso por un cambio cualitativo en la salud pública del país.

Que tengamos un plan de desarrollo de recursos humanos es voluntad política, su implementación requerirá recursos pero el norte tenemos que definirlo con esa voluntad política. Que tengamos un plan rector de inversión e infraestructura y equipamiento en salud es voluntad política, su ejecución requerirá recursos, pero la formulación del plan y la articulación de un pensamiento común respecto a eso es voluntad política.

Que planteemos una lucha implacable contra la corrupción en salud es voluntad política, requiere también normas, requieren también varios mecanismos, procedimientos, etc, pero principalmente es voluntad política. Y que impulsemos efectivamente una lucha constante para garantizar calidad en la atención y por lo tanto trato digno a toda persona que viene al sistema, solo requiere decisión política.

Estos son los compromisos que creo que podemos plasmar en disposiciones y decisiones del nivel nacional, regional o local.

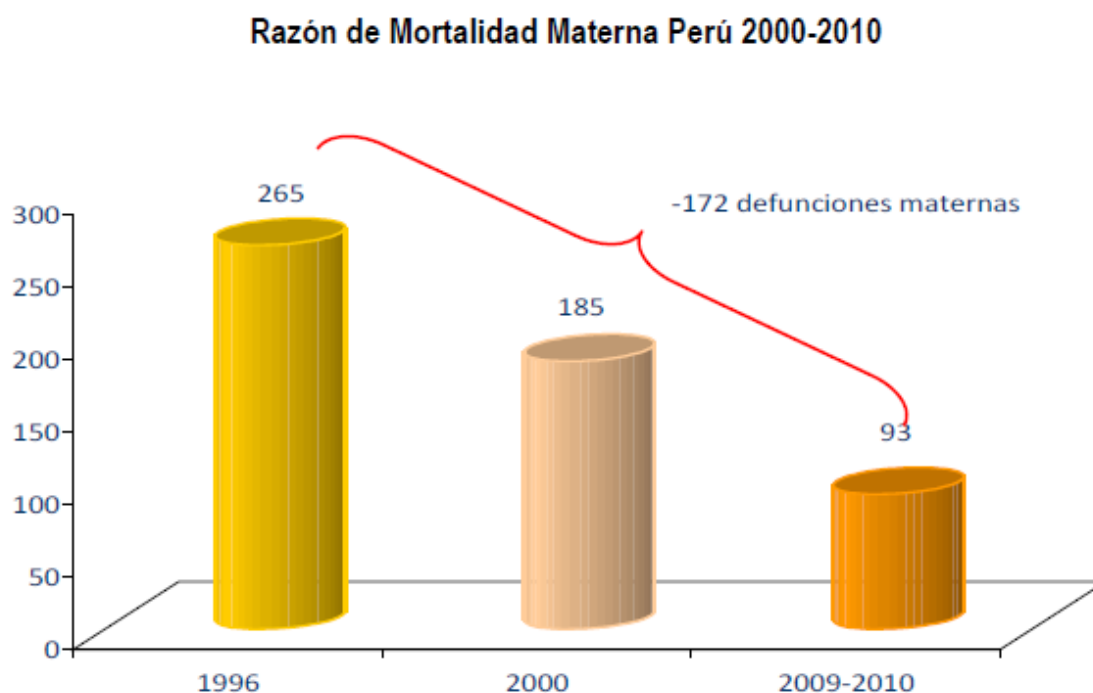
Esta es la orientación que queremos transmitir. Desde ya mi compromiso personal, y estoy también seguro que es el compromiso de todos los compañeros y compañeras que me acompañan en la gestión del Minsa, hacer realidad lo que estamos planteando. Probablemente el tiempo no nos alcance, sabemos que los cargos de ministro y otros son también decisión política pero no nuestra y son efímeros pero más allá de las personas y de quienes estemos en los cargos que siempre son transitorios, la satisfacción más grande nuestra será que dejemos procesos en camino, que dejemos compromisos establecidos, que dejemos espacios participantes y que dejemos por lo tanto una dinámica que no sea fácil de modificar y que introduzcamos en salud pública una mística y una voluntad de cambio que muchas veces nos ha faltado y creo que ahora está al alcance de nuestras manos.

Logros y resultados de la Gestión durante el período de gobierno, de acuerdo a los Objetivos del Plan Estratégico Institucional 2008-2011 (Resolución Ministerial N° 437-2009/MINSA).

Objetivo N° 1: Reducir la morbilidad materna y neonatal.

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad Materna en nuestro país presenta un descenso significativo de 185 x 100,000 nacidos vivos, (ENDES 2000) a 93 x 100,000 nv según la ENDES Continua 2010, producto de las intervenciones, acciones y estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y el énfasis en el parto institucional con enfoque de género, interculturalidad y equidad en poblaciones pobres y de extrema pobreza.



La evaluación y fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos con el apoyo de los diferentes niveles de gobierno (nacional, regional y local) a través del Programa Estratégico Materno Neonatal de Presupuesto por Resultados, y los programas de incentivos municipales han contribuido a tener establecimientos de salud con capacidad de repuesta frente a las emergencias obstétricas y neonatales.

El fortalecimiento de las capacidades técnicas de los proveedores de salud de parte del nivel central, la aplicación de estándares e indicadores maternos perinatales en los

servicios de salud da cuenta de un mejor desempeño del personal de salud involucrado con la salud materna y perinatal.

Las estrategias implementadas desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva son: Atención Prenatal Reenfocada; Atención de parto institucional con énfasis en zona rural; Atención calificada de las complicaciones obstétricas; Prevención del embarazo no planificado.

Estas estrategias han permitido un descenso significativo en el número de muertes maternas de 536 en el año 2006 a 452 al año 2010.



Cobertura de Atención Prenatal Reenfocada

La atención Prenatal Reenfocada basa su intervención en asegurar 6 atenciones prenatales con el paquete mínimo de atención:

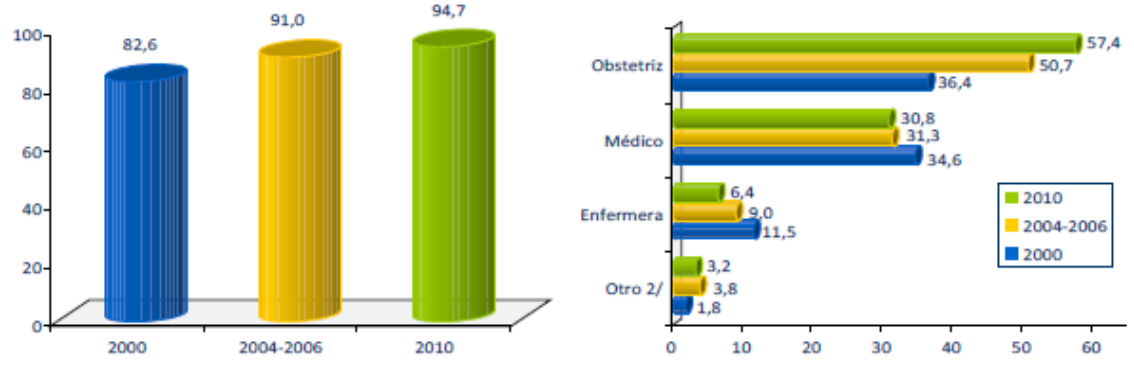
- ✓ Evaluación completa de la gestante
- ✓ Orientación/ consejería en SSR
- ✓ Prueba rápida para proteinuria (tira reactiva o sulfosalicílico)
- ✓ Prueba rápida para sífilis
- ✓ Prueba rápida para VIH
- ✓ Exámenes completos de laboratorio
- ✓ Ecografía
- ✓ Tamizaje de violencia basada en género

- ✓ Protección antitetánica
- ✓ Plan de Parto
- ✓ Suplemento de hierro/ácido fólico

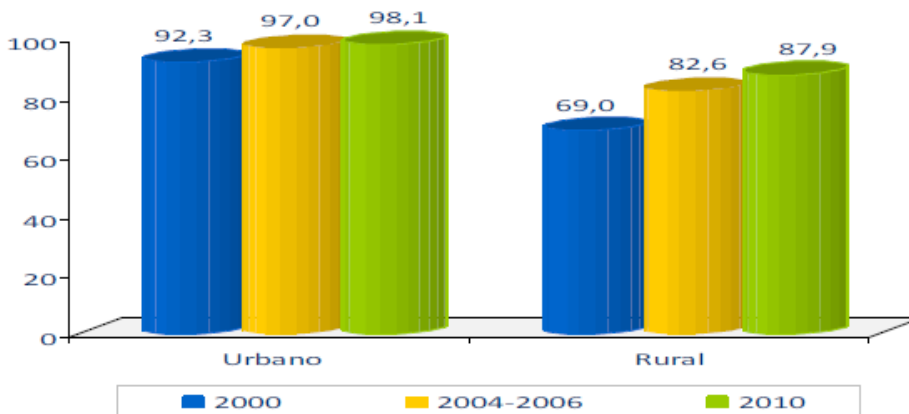
Actualmente se encuentra en proceso de aprobación la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna y Perinatal.

La atención prenatal se ha incrementado entre el año 2000 y 2010 en 12 puntos. Siendo más significativo su incremento en zona rural: de 69 a 87.9%. Asimismo la atención prenatal precoz (inicio en el primer trimestre del embarazo), se ha incrementado a nivel nacional en 17 puntos porcentuales, incrementando en zona rural de 42.7 a 66.3%.

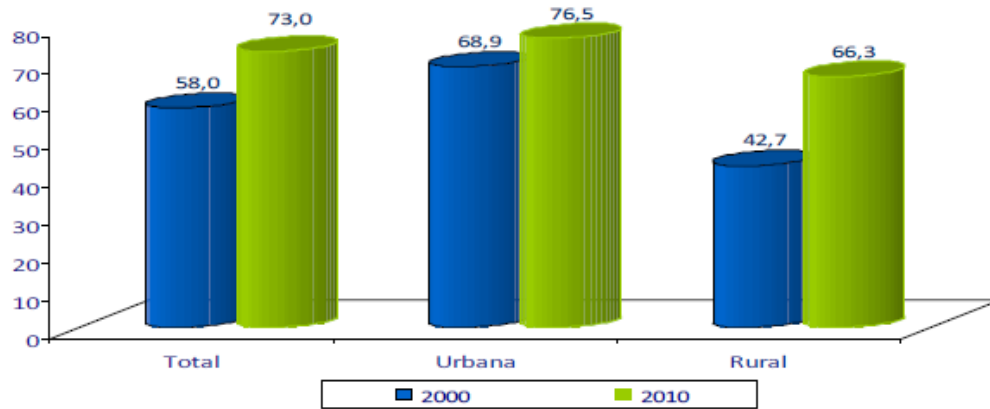
ATENCIÓN PRENATAL 2000-2010



ATENCIÓN PRENATAL Urbano – Rural 2000-2010

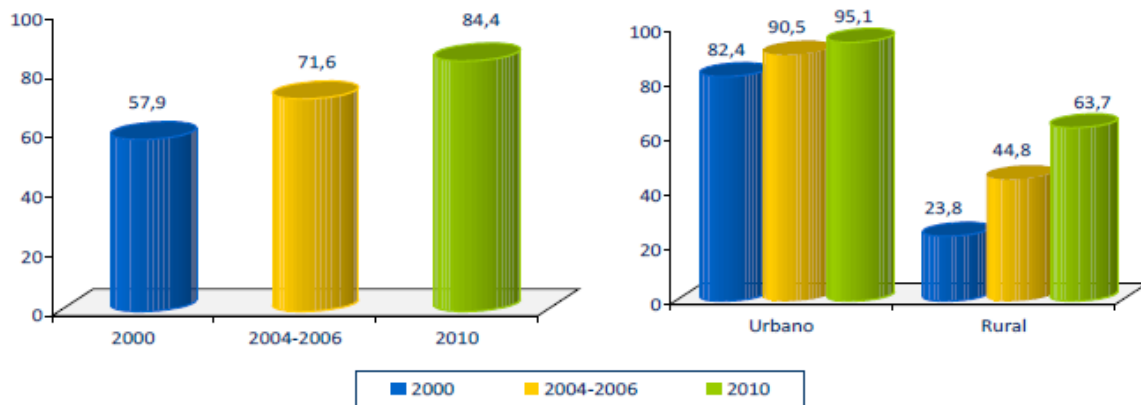


**1ERA. ATENCION PRENATAL EN EL 1ER. TRIMESTRE DE GESTACIÓN
2000-2010**



PARTO INSTITUCIONAL

La proporción de parto institucional se ha incrementado en 27 puntos porcentuales del 2000 al 2010, notándose un incremento significativo en zona rural de 23.8 a 63.7%.



INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCION MATERNA PERINATAL

Experiencias exitosas como la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva, las casas de espera, el acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto han sido elementos claves para incrementar el acceso de la población rural a los servicios de salud y el parto institucional.

La atención de parto vertical en las zonas rurales del país constituye no sólo una estrategia para el incremento del parto institucional sino para establecer una relación de respeto entre las personas de diversos contextos culturales.

La estrategia de las Casas de Espera u Hogares Maternos se han constituido en una experiencia exitosa para enfrentar las barreras de inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, articulado a la adecuación cultural, la cual ha significado una estrategia muy valiosa para disminuir las barreras culturales y aumentar en forma sostenida la cobertura del parto institucional.

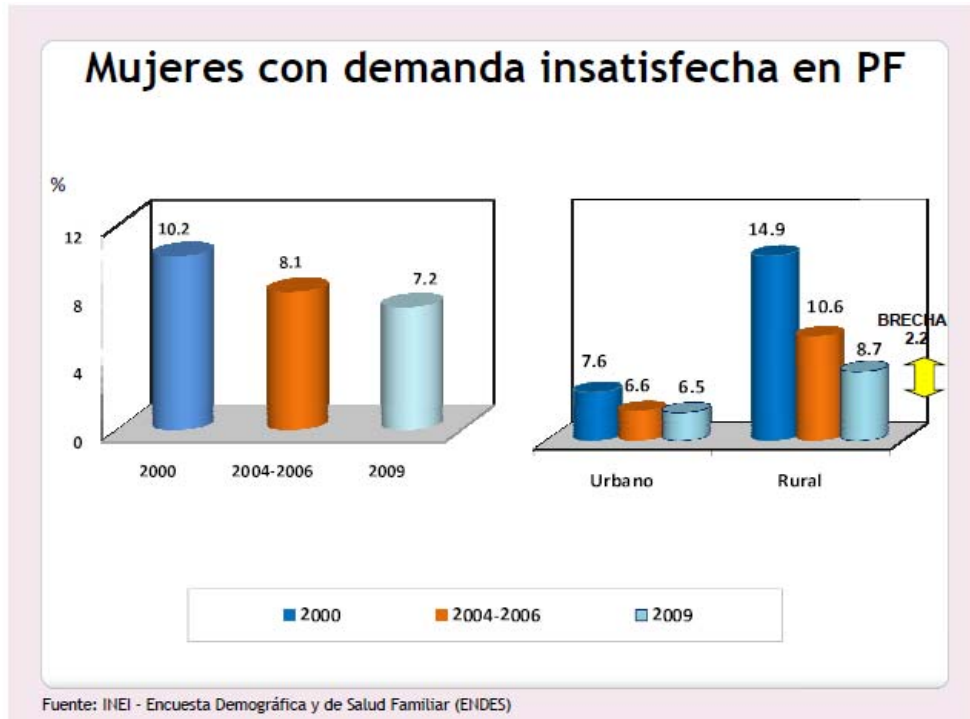
En el año 2006, se tenía en el Perú 322 casas de esperas operativas, cada año se ha incrementando esta estrategia, al año 2010 se cuenta con 475 casas de espera operativas (incremento del 68%) que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales.

Se viene implementando la Norma de Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural, a nivel nacional, promoviendo el parto vertical no sólo como una adecuación cultural de los servicios, si no como un derecho de todas las mujeres a decidir la forma de dar a luz de acuerdo a la evidencia científica.



NECESIDADES INSATISFECHAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

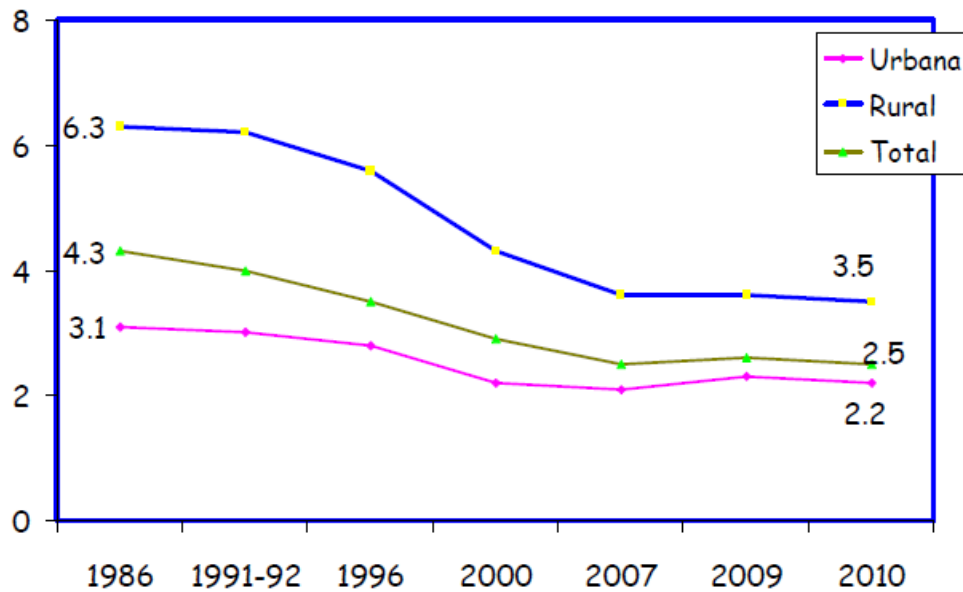
En el país, el 7,2% de las mujeres en unión, tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, 3 puntos porcentuales menos que el observado en el año 2000 (10,2%). Por área de residencia, la necesidad de planificar la familia es mayor en el área rural (8,7%) que en el área urbana (6,5 %).



TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

La tasa global de fecundidad ha descendido a 2.5 a nivel nacional, evidenciándose aún una brecha entre zona rural (3.5) y zona urbana (2.2).

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD



Durante los años 2006 al 2011 se han aprobado los siguientes documentos normativos orientados a la reducción de la mortalidad materna:

- ✓ Mediante la Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, se aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- ✓ Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA, aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- ✓ Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, mediante la cual se aprueba la "Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva".
- ✓ Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- ✓ Resolución Ministerial N° 660-2007/MINSA, modifican el Reglamento del Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- ✓ Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva"
- ✓ Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 020- MINSA/DGSP V.01. "Directiva Sanitaria para la Implementación del Tamizaje de Prueba Rápida para VIH en Mujeres en Edad Fértil en los Servicios de Planificación Familiar".
- ✓ Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba el "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015".
- ✓ Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de Medicamentos de los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- ✓ Resolución Ministerial N° 487-2010/MINSA, que aprueba las "Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS)".
- ✓ Resolución Ministerial N° 361-2011/MINSA, aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP "Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal".

Objetivo Nº 2: Reducir la desnutrición crónica en menores 5 años.

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Las inmunizaciones en el periodo del 2006 al 2011 han contado con un gran respaldo político y su sostenibilidad ha ido incrementándose de manera progresiva de modo tal que las actividades de vacunación están respaldadas con presupuesto para gastos operativos basados en una metodología de asignación de presupuesto por resultados.

En la actualidad las inmunizaciones están enmarcadas en varios programas estratégicos, los cuales son:

- ✓ Programa Articulado Nutricional (PAN), con la finalidad “Niño con vacuna completa” que comprende a los niños desde los 0 a 5 años, con siete sub finalidades:
 - Niño Recién Nacido con vacuna completa
 - Niño menor de 1 año con vacuna completa
 - Niño de 1 año con vacuna completa
 - Niño de 2 años con vacuna completa
 - Niño de 3 años con vacuna completa
 - Niño de 4 años con vacuna completa
 - Niño nacido de madre portadora del VIH/SIDA
- ✓ Programa de Salud Materno Neonatal (SMN), con la finalidad Atención Prenatal Reenfocada, y subfinalidad “Gestante protegida”.
- ✓ Programa Enfermedades Trasmisibles (VIH-SIDA y Tuberculosis), en la finalidad de prevención de Hepatitis B.
- ✓ Programa de Enfermedades Trasmisibles (Metaxénicas y Zoonosis), en la finalidad de prevención de la Fiebre Amarilla.
- ✓ Programa del Cáncer; en la sub finalidad de prevención del cáncer de cuello uterino.

Asimismo hay otras actividades de inmunizaciones que no están enmarcadas en Programas Estratégicos pero se definen como actividades programáticas y están en el Componente Inmunizaciones:

- ✓ Vacunación a la población Mujeres en Edad Reproductiva (MER),
- ✓ Vacunación a los adultos mayores,
- ✓ Vacunación a población en riesgo: Personal de salud, personas privadas de su libertad, personas que laboran en construcción o chacareros, personal considerado esencial en salud pública, etc.

I. Financiamiento y ejecución presupuestal:

Al año 2011 la sostenibilidad de las inmunizaciones es una responsabilidad del estado, por lo que se ha asignado como presupuesto protegido el total del requerimiento de la necesidad de inmunizaciones para la adquisición de los insumos necesarios de la vacunación así como lo correspondiente a los gastos operativos que demandan el proceso de vacunar (movilidad, viáticos, brigadas, refrigerios, material médico, entre otros).

El incremento del año 2009 al año 2010 fue considerable y significativo porque asegura el financiamiento de los gastos operativos de la vacunación, ascendiendo de 165 a 420 millones de nuevos soles.

Intervención (Producto)	2009	2010	Variación
33254 Niños con vacuna completa	165'	420'	254%

Introducción de nuevas vacunas para prevenir las infecciones respiratorias agudas y las diarreas en menores de 24 meses

II. Esquema de Vacunación y Coberturas:

Al presente año 2011 se ha logrado optimizar el Calendario de Inmunizaciones Nacional más completo en todo Sudamérica, en un total de 16 vacunas diferentes.

Además en el año 2010, se ha mejorado las coberturas de las vacunas nuevas introducidas en el año 2009, ya que en el año 2010 contaron con suministro adecuado de parte del Fondo Rotatorio del la OPS, ya que la situación de suministro fue diferente en el año 2009, donde la vacuna contra el neumococo y el rotavirus no fueron abastecidas durante casi 7 meses.

Asimismo, se han mantenido las coberturas en las vacunas básicas y se ha incrementado coberturas en vacunas como Hepatitis B en la población adulta con énfasis en zonas altamente endémicas.

Mantenimiento de las coberturas básicas e incremento de las coberturas de las vacunas nuevas del esquema regular de vacunación:

Desde el año 2006 se mejoraron los promedios de coberturas nacionales y este se ha mantenido durante los últimos años, asimismo se ha incrementado las coberturas de las vacunas nuevas introducidas en el esquema nacional de vacunación a partir del segundo semestre del año 2009.

Con el esquema nacional de vacunación se han beneficiado en total 1 291 956 niños menores de 5 años, protegiéndolos de manera efectiva contra 19 enfermedades.

Asimismo han protegido a 2 120 000 de mujeres y adultos de enfermedades como diphteria, tétanos, sarampión, rubéola, fiebre amarilla, influenza y Hepatitis B.

De este modo no sólo se ha mejorado los promedios de coberturas por todas las vacunas, sino que además se ha incrementado el número de dosis aplicadas en todas las etapas de vida.

III. Fortalecimiento de la Cadena de Frío:

A partir del año 2006 el Ministerio de Salud, fortaleció las competencias de los equipos regionales de inmunizaciones para elaborar proyectos de inversión de menor cuantía para fortalecer el equipamiento de la cadena de frío en todo el país, desde la iniciativa de los gobiernos locales y regionales en concordancia al proceso de descentralización.

En el año 2007, se brindó la capacitación de las 34 regiones para la elaboración de los proyectos con fondos del PIP menor por cada DIRESA/DISA (ESNI-OGPP) logró 703 proyectos PIP menor elaborados por las regiones presentados al MEF, de los cuales se aprobaron 69 (10.8%) en vías de ejecución. Del mismo se implementó en el 2008 el sistema de vigilancia de la Cadena de frío, con la asistencia técnica en las regiones, así como la elaboración y socialización de instrumentos de evaluación y control para evitar el congelamiento de las vacunas y asegurar la calidad de las vacunas.

En el año 2007 se publica la norma técnica para el manejo de la cadena de frío, la misma que ya ha sido socializada con todas las regiones.

El país desde el año 2007 a la fecha ha invertido 40 millones de soles en la adquisición de equipos de cadena de frío 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 S/. 1 500 000, brindando el soporte y asistencia técnica con técnicos de cadena de frío capacitados para instalar y evaluar las cámaras frías y otros equipos frigoríficos de última tecnología.

Quedan aun 23 cámaras de frío por instalar, las cuales se encuentran en proceso de adecuación de infraestructura y de adjudicación para los servicios de contratación de materiales y de instalación, esperando poder instalar de manera efectiva todas las cámaras restantes hasta el 31 de diciembre del presente año.

IV. AÑO 2010: Campaña Nacional de Vacunación contra la Influenza Pandémica A H1N1:

En el año 2010, se realizó la campaña nacional de vacunación contra Influenza Pandémica AH1N1, protegiendo contra esta enfermedad mortal a 2 413 052 peruanos comprendidos entre los 6 meses de edad hasta más de los 60 años. Se usaron en total 3'000,000 de dosis contra la Influenza AH1N1, para proteger efectivamente a las personas consideradas en riesgo las cuales fueron priorizadas en esta vacunación, esta acción permitió controlar la presentación de casos de AH1N1 en el país.

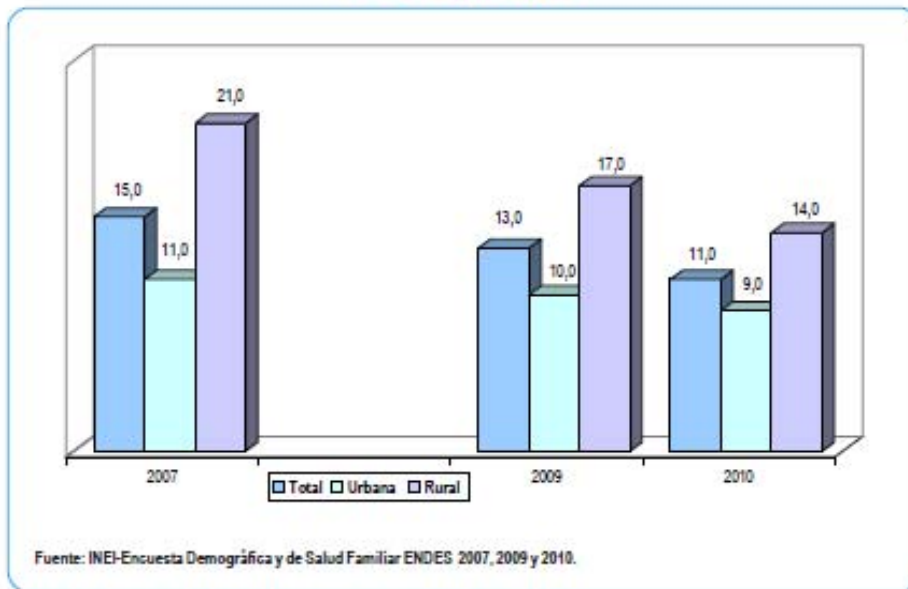
El costo que asumió esta intervención es de aproximadamente S/.88 728 954 nuevos soles, los cuales cubrieron el costo de las vacunas y jeringas, así como los gastos operativos de la vacunación contra AH1N1 en las regiones.

En este marco se ha aprobado la Norma técnica de Salud para el manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones (Resolución Ministerial N° 600-2007/MINSA).

En cuanto a la **mortalidad neonatal** se ha reducido en los últimos años, de 23 a 11 muertes por cada mil nacidos vivos. Esta disminución ha sido importante tanto en las áreas urbanas como en las rurales. La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente entre ambas áreas de residencia.

Indicador	2000	2007	2009	2010
Mortalidad Neonatal (por mil nacidos vivos) en los 10 años anteriores a la encuesta	23.0	15.0	13.0	11.0

PERÚ: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL DE LOS 10 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, ENDES 2007, 2009 Y 2010

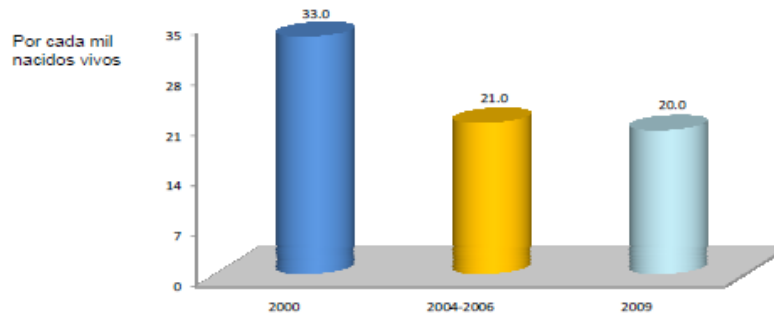


Mortalidad Infantil y de la niñez

En nuestro país, la tendencia de reducción de la mortalidad infantil, así como la tendencia de la reducción de la mortalidad en menores de 5 años entre los años 2000-2009⁶, indican que la meta prevista en los Objetivos del Milenio al año 2015 es alcanzable. Para el primer semestre 2010⁶ por cada mil niños nacidos vivos, 20 mueren antes de cumplir su primer año y 11 mueren en el periodo neonatal (0 a 28 días), así mismo la mortalidad en la niñez, medida como muertes antes del quinto cumpleaños por cada 1 000 nacidos vivos es de 26.

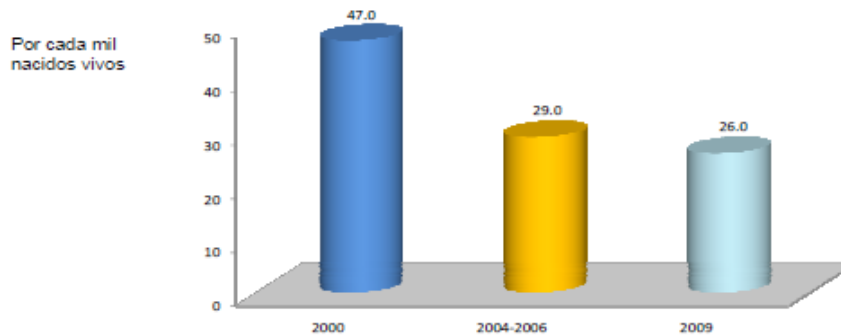
⁶ Fuente: INEI – ENDES 2000, 2004-2006, 2007, 2008, 2009-2010.

PERÚ: MORTALIDAD INFANTIL



Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

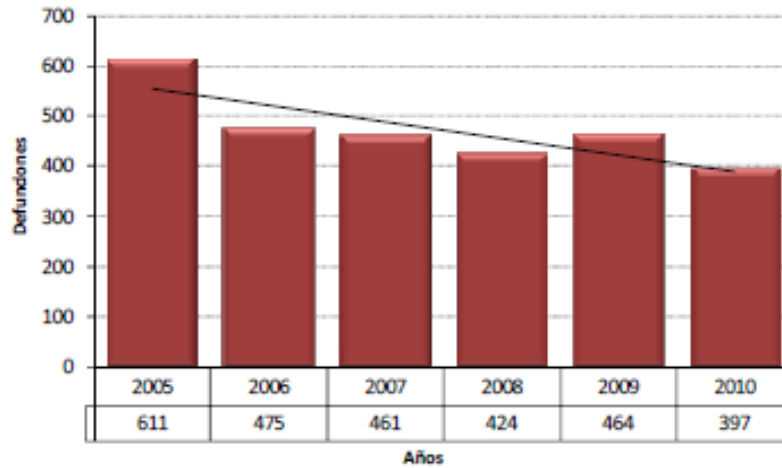
PERÚ: MORTALIDAD EN LA NIÑEZ



Mortalidad por Neumonía en menores de cinco años:

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) complicadas, especialmente la neumonía habitualmente han sido una de las principales causas de mortalidad de la niñez. El Perú ha conseguido resultados de las intervenciones encaminadas a prevenir y controlar la neumonía, especialmente la vacunación, incluido el uso de vacunas contra la infección por neumococo y Haemophilus influenzae de tipo b; el manejo de los casos de neumonía en los centros de salud y los hospitales especialmente a través de la estrategia AIEPI; la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida; la mejora de la nutrición y el control del crecimiento y desarrollo. Sin embargo considerando que la alta frecuencia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), sobre todo en las niñas y niños menores de cinco años, se ha tenido especial atención a la estrategia de abordaje de este problema para prevenir y controlar especialmente la morbilidad y mortalidad por neumonía.

Defunciones por neumonía notificadas en menores de 5 años. Perú 2005 - 2010
(Acumulado SE 52)



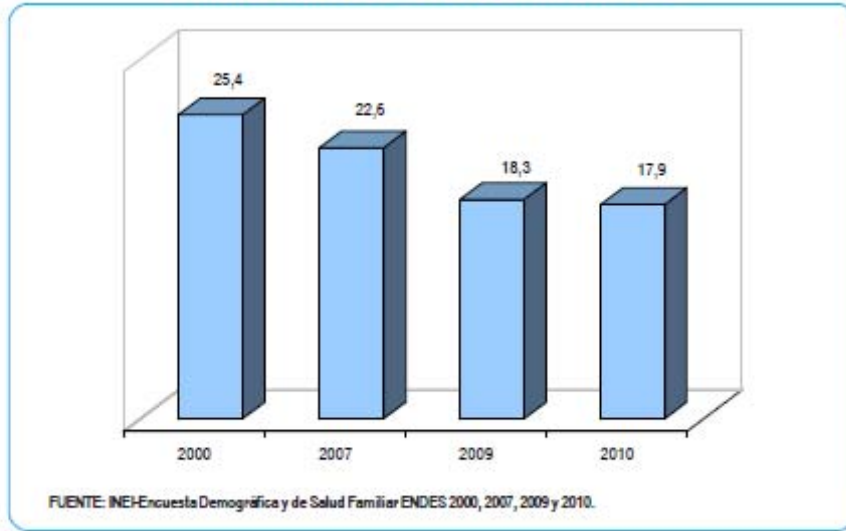
FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. Neumonía 2010 - MINSA - Dirección General de Epidemiología (DGE) - Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

Desnutrición Crónica Infantil:

El gobierno nacional asumió la reducción de la desnutrición infantil como una meta crucial para el desarrollo del país. Una expresión de ello es la creación en 2007 de la Estrategia Nacional CRECER, como instancia de articulación intersectorial nacional, regional y local vinculada a la lucha contra la desnutrición infantil. Así mismo se ha desarrollado un importante esfuerzo colectivo de instituciones que trabajan por el desarrollo y que cuentan con una trayectoria importante en nuestro país (ADRA, CARE, CARITAS, PRISMA. la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP), la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), UNICEF y USAID) reflejado en la conformación de la "Iniciativa contra la desnutrición infantil", como parte de los esfuerzos desde de la sociedad civil.

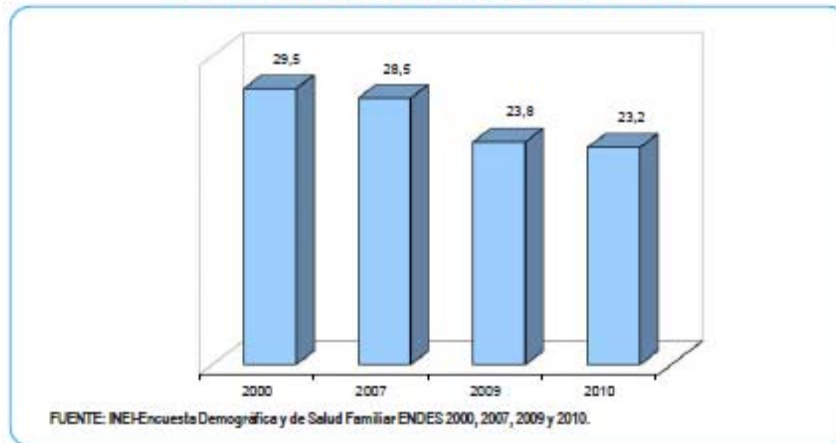
Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), correspondiente al año 2010, revelan que estadísticamente el nivel de la desnutrición crónica ha variado con respecto al año 2000. A nivel nacional, la proporción de menores de cinco años con Desnutrición Crónica asciende a 18,4 por ciento cuando se tiene como Patrón Internacional de referencia el modelo NCHS; y, 23,6 por ciento con el Patrón Internacional de referencia OMS.

PERU: PROPORCION DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA NCHS, 2000, 2007, 2009 Y 2010



1/ INEI - Mapa de Desnutrición Crónica en Niñas y Niños Menores de cinco años a nivel Provincial y Distrital, 2007, pág.7. Lima, 2009
2/ Tomando como base el patrón de referencia de la National Center for Health Statistics (NCHS).

PERU: PROPORCION DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA OMS, 2000, 2007, 2009 Y 2010



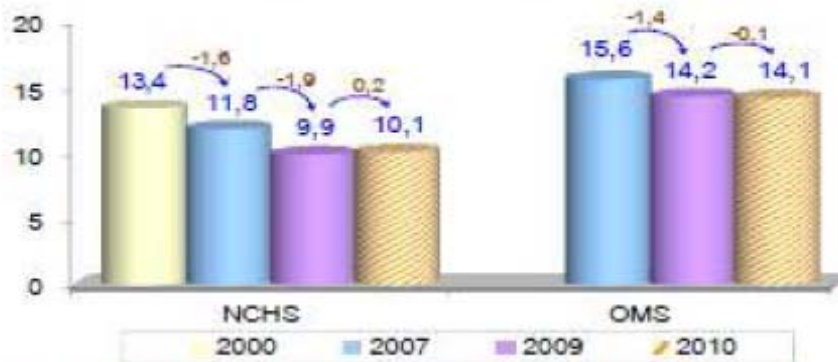
Según área de residencia, en ambos Patrones Internacionales de referencia, NCHS y OMS, la ENDES 2010 confirma la progresiva disminución de la desnutrición crónica en los menores de cinco años del área rural, la misma que baja cerca de seis puntos porcentuales en el modelo NCHS, y de 45,7 % a 38,8 % en el modelo o Patrón de referencia OMS.

PERÚ: PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL ÁREA RURAL, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2007, 2009 y 2010.

PERU: PROPORCION DE MENORES DE 5 ANOS CON DESNUTRICION CRONICA EN EL AREA URBANA, SEGUN PATRON DE REFERENCIA



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2007, 2009 y 2010.

Anemia

La anemia por déficit de hierro, estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre, es una enfermedad que a nivel nacional afecta a uno de cada dos niños menores de tres años (50,3 %), siendo esta mayor en el área rural (56,6%) que en el área urbana (46,6%).

El hierro es un mineral necesario para que el cuerpo pueda transportar oxígeno a las células a través de la hemoglobina y contribuye a protegerlo de las sustancias tóxicas que produce el organismo.

En los últimos tres años, entre la ENDES 2007 y la ENDES 2010, la prevalencia de la anemia en los menores de tres años disminuyó en 6,5 puntos porcentuales a nivel nacional (de 56,8 % a 50,3%), la misma que fue de 6,7 puntos porcentuales en el área urbana y 4,4 puntos porcentuales en el área rural. Sin embargo, entre la ENDES 2009 y la ENDES 2010 el nivel de la misma casi es similar, no muestra mayor variación.

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA, SEGÚN REGIÓN NATURAL



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2007, 2009 y 2010.

Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar al niño con sola leche materna, al ser considerada esta como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales del niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza el sistema inmunológico. La ENDES 2010 muestra que la mayoría de las madres alimentan a los menores de seis meses con la leche materna (68,3%), siendo esta práctica mayor en el área rural (83,9%) que en el área urbana (59,9%).

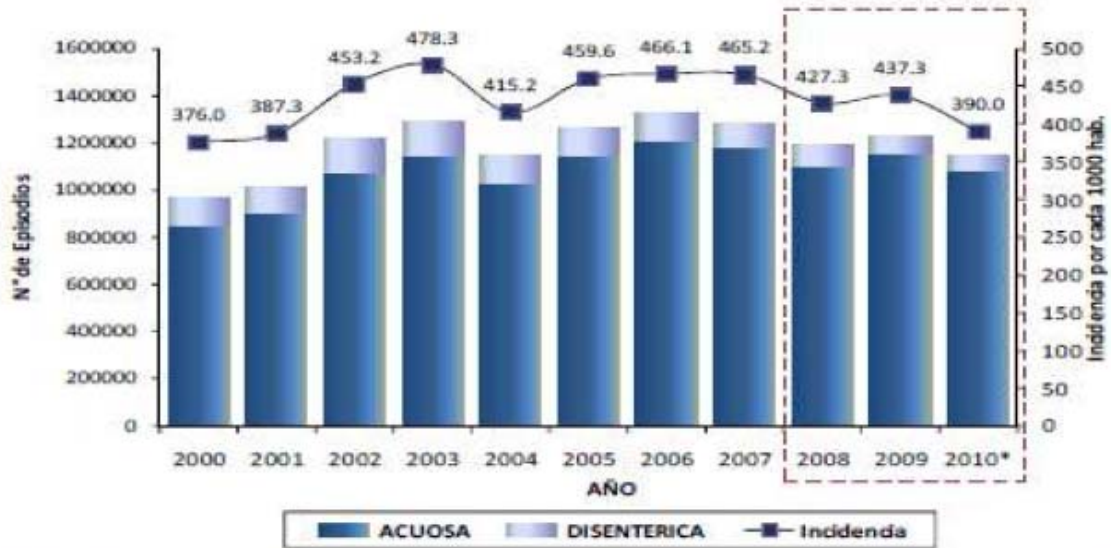
PERU: PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA EXCLUSIVA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2007, 2009 y 2010.

Enfermedad Diarreica Aguda

En general, se evidencia una reducción de la tasa de atenciones por EDA en los últimos 5 años. La tasa del año 2010 fue un 10% menor que el año 2009 y 14% menos que el promedio de los últimos 5 años.



FUENTE: MINSA – Dirección General de Epidemiología (DGE) – Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

Proporción de menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) Completo para su edad (según ámbito geográfico)

Ámbito geográfico	2007	2009	2010
Total	24	27.7	40.0
Área de residencia			
Urbana	23.9	27.3	37.7
Rural	24.0	28.5	44.2

Entre los principales documentos de gestión se tiene:

- ✓ La aprobación de la NTS N° 074 “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención en la familia y la comunidad”, aprobada con R.M. N° 862-2008/MINSA. Esta norma tiene el propósito de potenciar la implementación en el país, del paquete de intervenciones basadas en evidencias para la disminución de la mortalidad neonatal, mejorando la capacidad de respuesta y la calidad de los

servicios de salud, especialmente del primer nivel de atención a través de una atención eficaz, integrada con los diferentes niveles así como coordinada con la familia y la comunidad.

- ✓ Elaboración y aprobación de la NTS N° 063-MINSA/DGSP-V.01 - R.M. N° 193-2008/MINSA, sobre el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas (LPISG) para la Reducción de la Desnutrición Crónica infantil y Salud Materno Neonatal.
- ✓ Elaboración, validación e inicio de proceso de aprobación de las normas técnicas sanitaria: Guía de Práctica Clínica para la Atención del Hipotiroidismo Congénito; Guía de Procesamiento de la Muestra para Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito; Guía de Procedimientos para Toma de Muestras de Sangre de Talón en el Neonato; Norma Técnica de Salud para la Detección Neonatal y Atención Precoz del Hipotiroidismo Congénito; Guía de manejo integral del neonato de bajo peso y Guía para la implementación del método madre canguro en el manejo del recién nacido de bajo peso.
- ✓ En el año 2010, se elaboraron y validaron 13 guías clínicas para las condiciones del recién nacido, en el marco de La Ley del Aseguramiento Universal y de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);: Sífilis Congénita, Hijo de madre VIH+, Hipocalcemia, Hipomagnesemia, Displasia de Cadera, Paladar hendido, Hidrocefalia, Parálisis Plexo Braquial, Cefalohematoma, Fractura de Clavícula, Oftalmia del RN, Convulsiones Neonatales, Pequeño para Edad Gestacional (en proceso de aprobación).
- ✓ Validación del tamizaje neonatal en el Hospital Nacional San Bartolomé, en relación al despistaje en 15,000 Recién Nacidos de Hipotiroidismo congénito, Fibrosis Quística, Fenil cetonuria e Hiperplasia Suprarenal. Esta experiencia ha permitido formular la NTS de Tamizaje Neonatal y Guía de Práctica Clínica de Hipotiroidismo congénito (en trámite de aprobación).
- ✓ Implementación del uso de multimicronutrientes (Fierro, vitamina A, ácido fólico, vitamina C y Zinc) en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, con una nueva presentación en sachet en polvo denominado *sprinkle*, como tratamiento preventivo de la anemia a 109 496 niños entre 6 meses y 35 meses de edad, mediante 30 talleres en los que participaron 900 trabajadores de salud del 100% (978) establecimientos de salud de dichas regiones.
- ✓ Elaboración y aprobación de la NTS N° 087 "Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años (RM N° 990-2010/MINSA).
- ✓ Aprobación e inicio de la implementación de la Norma Técnica de Salud N° 084 "Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido pretermino con riesgo de retinopatía (R.M. N° 707-2010/MINSA).
- ✓ El 2008 se han incorporado como beneficiarios adicionales de Vitamina A las niñas y niños de 12 a 59 meses de los distritos ámbito de CRECER. 620,491 beneficiarios.
- ✓ Aprobación mediante Decreto Supremo N° 212-2009-EF de la Actividad 043489 "Mejorar la Alimentación y Nutrición del Menor de 36 meses" que autoriza la

transferencia de S/. 26'919,498.00, para financiar y/o cofinanciar actividades y proyectos de lucha contra la pobreza extrema en zonas rurales. Beneficiando a 3,439 EESS del primer nivel.

- ✓ Han sido concluidos los procesos para la implementación de la Suplementación con Multimicronutrientes en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica (regiones de aseguramiento universal) ,intervención realizada en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y con el apoyo técnico y financiero del Programa Mundial de Alimentos y el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia –UNICEF.
- ✓ En el marco de la experiencia señalada en el párrafo anterior ha sido elaborada la propuesta de ampliación de la Suplementación con Multimicronutrientes a 16 regiones del país y al respecto el Ministerio de la Mujer y desarrollo social a través del PRONAA ha adquirido 47 millones de unidades de multimicronutrientes que beneficiaran a aproximadamente 500,000 niñas de 6 a 24 meses de los quintiles de mayor pobreza.

Objetivo Nº 3: Reducir la morbilidad de las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles y aquellas originadas por factores externos.

- ✓ Consolidación de la política de descentralización de los servicios oncológicos a nivel nacional, lo que ha permitido poner en funcionamiento dos Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas: en el norte (Trujillo) y sur (Arequipa). Esto se complementa con el funcionamiento de trece Unidades Oncológicas (Departamentos de Oncología) en diversos hospitales generales de Lima, Callao y provincias.
- ✓ Implementación y/o construcción de Preventorios en diversos distritos de Lima (Lince, Surquillo, Santa Anita), Callao (Hospital Daniel A. Carrión) y en provincias (Nazca). Se han firmado convenios con los Gobiernos Regionales de Huánuco y Tacna para construir en dichas regiones un establecimiento de similar naturaleza. Ello se enmarca dentro de las estrategias de promoción de la salud y de prevención del cáncer.
- ✓ Elaboración del Primer Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú, cuyos objetivos apuntan a reducir en un 50% los casos de cáncer avanzado. Esto surgió en coordinación con la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer (creación impulsada por el INEN), que congrega a todas a las entidades y organizaciones (públicas y privadas) involucradas en la lucha contra dicha enfermedad. De esa manera se unifican los esfuerzos y canalizando adecuadamente los recursos.
- ✓ Las investigaciones en el campo de la oncología en el Perú han elevado considerablemente su nivel, permitiendo que el país haya ganado renombre en el plano internacional y ocupando posiciones de liderazgo en diversas organizaciones científicas del mundo. Tal es el caso de un estudio referido al

cáncer de mama realizado en el INEN que ha servido de guía para los estudiantes de medicina de la Universidad de Harvard, Estados Unidos.

- ✓ Lo anterior se complementa con la moderna gerencia aplicada en mérito a los resultados. Gracias al eficiente y transparente manejo de los recursos generados por el INEN, se han adquirido modernos equipos biomédicos adaptados con dispositivos de tecnología de punta, lo cual nos ha colocado en posiciones de vanguardia a nivel de establecimientos de salud especializados en Latinoamérica.
- ✓ En cuanto a adquisición de equipamiento, el INEN cuenta con el Resonador Magnético más moderno de Latinoamérica. En el diagnóstico por imágenes tenemos los equipos más avanzados entre los establecimientos de salud públicos con: *Arco en C, mamógrafos y tomógrafos digitales*. Nuestras salas de operaciones cuentan con lámparas cialíticas, torres de laparoscopías. En Radioterapia se ha avanzado tecnológicamente con la adquisición de un equipo de braquiterapia de alta tasa.
- ✓ Las técnicas de diagnóstico genético del cáncer más precisas se desarrollan en el INEN, gracias al Laboratorio de Citogenética bien equipado que está en pleno funcionamiento. Las áreas críticas como Emergencia y Servicio para Pacientes Neutropénicos (SEPIN) están equipadas con monitores digitales y ventiladores cuya antigüedad de uso no sobrepasa los tres años.
- ✓ Inauguración del Preventorio Municipal en el distrito de Santa Anita, cuyos servicios benefician a los pobladores de Huaycán, Chosica, Ricardo Palma, Vitarte, entre otros lugares aledaños.
- ✓ Inauguración del Preventorio de Nazca.
- ✓ Inversión de S/ 13 955 445.00 para la adquisición de equipos biomédicos: 26 equipos nuevos adquiridos, incluyendo un Tomógrafo Espiral Multicorte.
- ✓ Obras de adecuación y mantenimiento físico del Servicio de Emergencia en el INEN. Inversión de S/. 431,750.00
- ✓ Aprobación de 05 Guías Clínicas Oncológicas:
 - “Guías Clínicas de Cáncer Gástrico”
 - “Guías Clínicas de Carcinoma Anal”
 - “Guías Clínicas Leucemia Mieloide Aguda”
 - “Guías Clínicas en base a las Guía del NCCN Cáncer de mama”
 - “Guías Clínicas en base a la Guía del NCCN Cáncer de Cuello Uterino”
- ✓ Suscripción de Convenio de Hermanamiento entre el INEN y el MD Anderson Cancer Center (MDACC) de Houston, Texas, Estados Unidos.
- ✓ Adquisición de equipo de cirugía con láser quirúrgico CO2, equipado con dispositivos de avanzada tecnología y valorizado en S/. 202 mil para cirugías de cabeza y cuello.
- ✓ Inversión de S/.19 662.06 en renovación del instrumental quirúrgico para el laboratorio de Patología (38 instrumentos).

- ✓ 10,000 personas sanas atendidas en Preventorios de Lima, Callao y provincias.
- ✓ Se ha brindado capacitación y educación en prevención del cáncer y promoción de la salud a 24,000 personas a través de 200 Charlas Preventivas en el período 2006 y mayo de 2011; 5,000 profesionales de la salud (médicos, enfermeros y obstétricas) de Lima y provincias; 2,800 profesores de Lima y provincias; 2,800 líderes y promotores comunales en 8 regiones del país.

ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR CONTAMINACIÓN CON METALES PESADOS

I. IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDIDA CAUTELAR CIDH 271-05 CASO LA OROYA

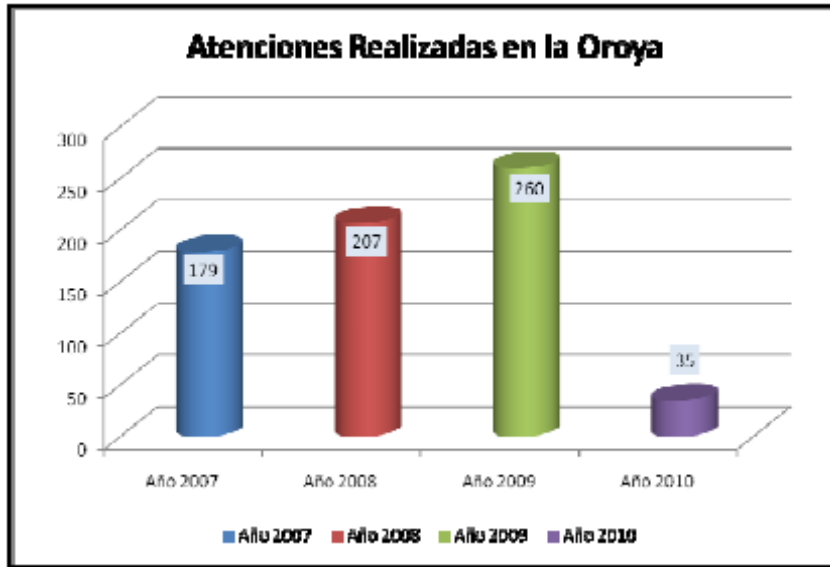
En el Perú se desarrollan una gran variedad de actividades económicas formales e informales, entre las que destacan las actividades extractivas y metalúrgicas, siendo la minería uno de los sectores más importantes de la economía peruana, ubicando al país en el primer productor de Plata y Teluro a nivel mundial, el cuarto en la producción de Plomo. Asimismo constituyen las principales fuentes de contaminación ambiental (aire, agua y suelo).

El desarrollo de la minería también ha traído un factor de exposición importante en la población, generando conflictos sociales y demandas al Estado peruano como es el caso de un grupo de pobladores de la ciudad de la Oroya de la Provincia de Yauli – Región Junín. En la que, el 31 de agosto del 2007, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, solicitó la adopción de la Medida Cautelar N° 271-05, a favor de 65 pobladores de esta ciudad quienes demandaron por encontrarse supuestamente “Contaminados por Plomo”, a quienes se les brindo un diagnostico y tratamiento médico adecuado.

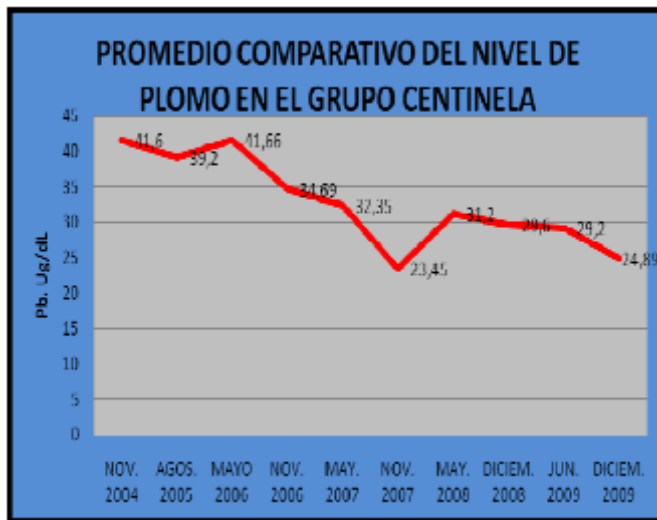
Es así que en concordancia con las Políticas del Gobierno, el Ministerio de Salud crea con R.M N° 425 -2008-MINSA, la Estrategia Sanitaria Nacional de Atención a Personas Afectadas por Contaminación con Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas, que tiene por objetivo lograr acciones conjuntas en forma intrasectorial con la finalidad de mitigar la morbilidad, mortalidad y discapacidad de las personas expuestas por la contaminación con metales pesados y sustancias químicas, la misma que realizó la implementación de la cita medida.

Evaluaciones médicas especializadas a los beneficiarios en hospitales e institutos de Lima. El 2008 se evaluaron a 62 beneficiarios y el año 2009 brindaron atenciones médicas especializadas complementarias a 52 personas.

Los beneficiarios de la Medida Cautelar se encuentran bajo cobertura de un sistema de aseguramiento en salud habiendo recibido en el 2007; un total de 681 atenciones médicas especializadas, adicionalmente de los exámenes médicos de ayuda diagnóstica. Conforme a los diagnósticos elaborados los beneficiarios, vienen recibiendo tratamiento en los distintos establecimientos de La Oroya.



Concomitantemente se han trabajado acciones de promoción de la salud y otras medidas de prevención y mitigación en toda la población de la oroya, logrando disminuir los niveles de plomo en sangre de los niños menores de 6 años en 16.7ug/dl en promedio durante 6 años de intervención.



Los Establecimientos de Salud de La Oroya han mejorado su sistema de referencia y contra referencia, mediante el cual se asegura que los beneficiarios serán derivados oportunamente si presentasen algún tipo de complicación. La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud se encuentra implementando el sistema de vigilancia de Metales Pesados.

II. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

La contaminación ambiental de acuerdo a las actividades que desarrollan las diferentes regiones proviene en su mayoría de actividades extractivas (minería formal e informal) siendo los principales agentes tóxicos: plomo, arsénico, cadmio u mercurio, entre otras. Esta realidad genera la necesidad de contar con personal de salud capacitado para una eficiente identificación y atención médica especializada de casos de intoxicación por metales pesados y sustancias químicas.

En tal sentido, el abordaje de esta problemática se ha iniciado con el fortalecimiento de competencias al personal de salud de las diferentes regiones a través de asistencias técnicas integrales en el marco de la implementación de los documentos técnicos normativos de la Estrategia. Es así que no sólo se abordan los aspectos fisiopatológicos y tratamiento según la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Intoxicación por Plomo – RM N° 511- 2007/MINSA, se brinda además temas relacionados con vigilancia epidemiológica; vigilancia de calidad de aire, agua y suelos; promoción de la salud; evaluación de riesgos ocupacionales y el marco legal en tema de derechos a la salud a cargo de representantes de nuestro Comité Técnico Permanente conformado por órganos de línea del Ministerio de Salud.

Durante el año 2010 se ha desarrollado asistencias técnicas integrales, en 10 Direcciones regionales de salud, trabajando en conjunto con diferentes áreas, motivando y desarrollando competencias en 495 profesionales (asistenciales y administrativos), de todas las especialidades estando así en la capacidad de atender a pacientes y desarrollar planes regionales en asuntos ambientales, etc.

Las regiones visitadas fueron: Junín, Pasco, Puno, Cajamarca, Loreto, Madre de Dios, Callao, Ancash, Cusco y la DISA Luciano Castillo, en las que, se objetivó in situ la contaminación ambiental existente y la falta de articulación de los sectores para el abordaje integral.

El año 2011 se continuó el proceso de fortalecimiento de capacidades y organización en gestión, habiendo brindando asistencias técnicas, llegando a capacitar a la fecha a 214 profesionales.

Objetivo N° 4: Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables.

A mediados de Abril del 2009, luego de reportarse casos inusitados de infecciones de infecciones respiratorias agudas grave, en los Estados Unidos y México se confirmaron como casos humanos de influenza humana causados por un nuevo virus de influenza A (H1N1), la transmisión por el nuevo virus se extendió rápidamente a través del mundo, el 11 de Junio del 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó el nivel de alerta pandémica a fase; durante la pandemia en todo el Mundo, al menos 214 países o territorios reportaron confirmados casos de influenza pandémica A (H1N1) incluyendo 18449 muertes.

En el Perú se identificó y confirmó el primer caso de influenza a mediados del mes de mayo del 2009, la misma que correspondió a una mujer procedente de los EE.UU, donde

adquirió la infección, desde entonces hasta el final de la pandemia se reportaron 10,112 casos confirmados, los 24 departamentos notificaron casos, 37% de los cuales ocurrieron en Lima, capital del Perú.

La primera muerte ocurrió el 03 de Junio del año 2009, desde entonces hasta el 10 de Agosto del 2010, en que la OMS dio por finalizada la pandemia, se notificó a nivel nacional 312 muertes, los que representaron el 3,09% (312/10 112) del total de casos notificados, el 87,18% (272/312) de las muertes ocurrieron durante el año 2009 y el restante 12,82% (40/312) en el año 2010 y en 20 de los 24 departamentos se notificaron muertes.

En el 75,32% de las muertes se identificó una comorbilidad y/o condición de riesgo, Las enfermedades metabólicas (como la obesidad y la diabetes), las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas (como síndrome obstructivo bronquial y EPOC), y las enfermedades renales (como la insuficiencia renal crónica) constituyeron las comorbilidades que se identificaron más frecuentemente. El 6% de las muertes tuvieron la condición de gestación y puerperio, esta condición estuvo presente en el 12% de las muertes de sexo femenino y 13% en las mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Las anomalías congénitas como el síndrome de Down, el cáncer y enfermedades infecciosas como Tuberculosis y VIH/SIDA también fueron importantes comorbilidades identificadas.

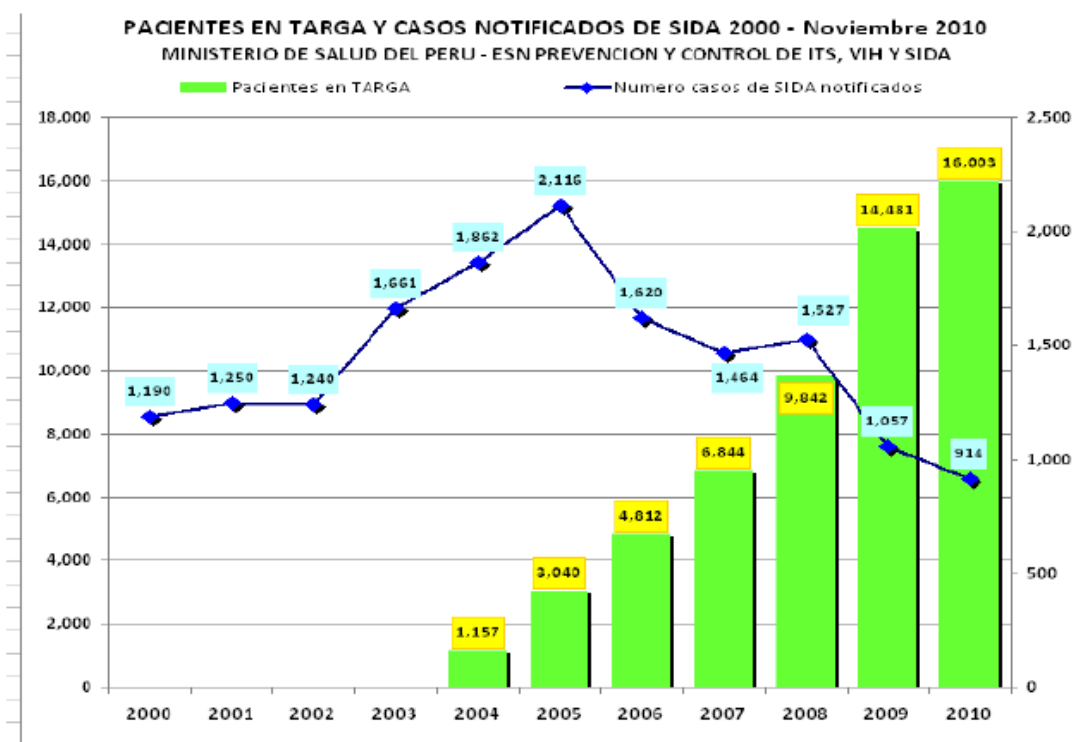
La vigilancia epidemiológica de la influenza A H1N1 durante la pandemia permitió: detectar los primeros casos importados y desarrollar acciones de contención, identificar el momento de la transmisión comunitaria e implementar las medidas de mitigación, monitorear la tendencia y dispersión geográfica de la pandemia en el país e identificar grupos de riesgo para establecer prioridades de atención de casos de influenza A H1N1, incluyendo la aplicación de vacunas y uso de antivirales.

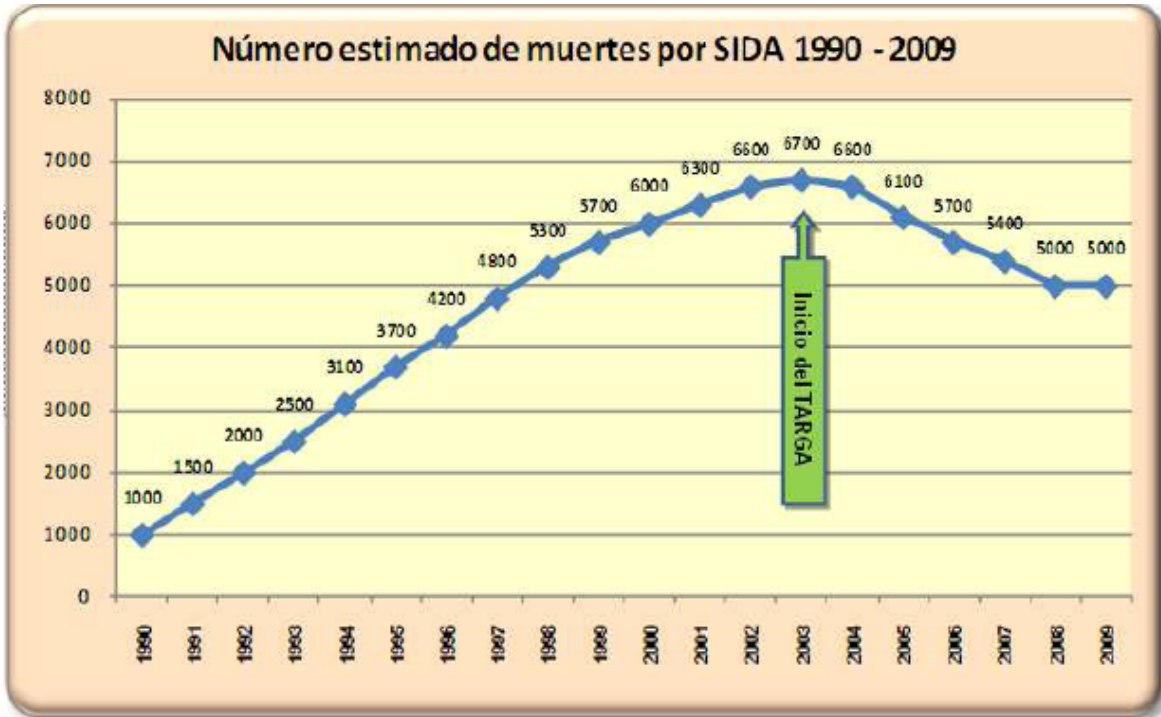
La preparación previa de los servicios de salud del país, el contar con un Plan de Preparación y Respuesta frente a la Influenza, la rápida adquisición de antivirales y la respuesta inmediata de contención realizada por los servicios de salud de todo el país, permitió mitigar los efectos de la pandemia que en otras circunstancias hubiera ocasionado un mayor y significativo número de muertes y casos graves.

En el Perú, luego del declararse el fin de la pandemia, se vienen implementado las recomendaciones de la OMS para la vigilancia en el periodo postpandémico que tiene como propósito proveer información que permita detectar oportunamente la ocurrencia de epidemias o pandemias, proveer información a los decisores de las políticas de salud respecto al comportamiento de la influenza y contribuir al desarrollo de vacunas. Esta vigilancia en el Perú se realiza mediante la vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (síndrome gripal), vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas grave y vigilancia de la mortalidad.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS-VIH/SIDA
Atención Integral de ITS, VIH y Sida y Tratamiento

- Desde el 2006, el MINSA financia el total del tratamiento para adultos, mientras que el tratamiento para niños se entrega a través del Seguro Integral de Salud desde el 2004.
- En la gestión se amplió el acceso de la población afectada por VIH al tratamiento antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Se incrementaron los puntos de acceso al TARGA en todo el país (67 establecimientos del Ministerio de Salud, dan TARGA, lo que representa el 73% de todos los servicios, la Seguridad Social (ESSALUD) el 25% y otros (ONG's, cárceles) el 2%. Son 14,803 personas en tratamiento a nivel nacional de los cuales el MINSA atiende a 12,500 pacientes en TARGA.
- Con el tratamiento y la adherencia al TARGA se ha disminuido en más del 50% el registro de nuevos casos de personas en etapa SIDA (fase final de VIH) desde el inicio del TARGA en el 2004 a diciembre del 2010.
- Tendencia a la disminución y estabilización de casos nuevos de VIH y Sida en el Perú: de acuerdo a las estimaciones realizadas tomando los datos del PREVEN 2007 y Estimaciones UNAIDS 2009 la prevalencia e incidencia han venido disminuyendo progresivamente. Este indicador de impacto muestra que el Perú podría ser uno de los pocos países en la Región que muestra resultados concretos en tan poco tiempo y lo convierte en uno de los pioneros en América Latina en las estrategias de prevención, reduciendo de 9 000 casos en 1990 a menos de 6000 a inicios de 2009.





- Se han logrado incorporar al sistema de salud a 852 niños hijos de madres VIH Positivos (Expuestos), para atención integral, que por diversos motivos dejaron de acceder a los servicios de salud.



- Se ha logrado mejorar el seguimiento de niños expuestos al VIH en un trabajo conjunto con el INS, logrando la toma de PCR de un 30% (2007) a 50% (2008),

2009 (60%) y 2010 (70%) a nivel nacional, evitando la pérdida de estos niños del sistema antes de conocer su estado serológico.

- Se implementó el grupo de trabajo: “Niños y VIH SIDA”, con UNICEF y la sociedad civil para fortalecer la respuesta nacional frente a la epidemia en ese grupo poblacional.
- En la gestión se amplió la cobertura de atención y acceso a los niños expuestos, infectados y afectados por VIH en 30%.
- Sensibilización y capacitación en temas de Estigma y Discriminación en el 40% del personal de salud que atiende a niños con VIH SIDA en 13 Hospitales de Lima.
- Se implementó un Modelo Diferenciado de Atención Integral a familias afectadas e infectadas por VIH.
- Se brindó apoyo nutricional a 450 niños con VIH, en coordinación con el Consorcio Miradas y Voces, financiado por el Fondo Mundial.
- Fortalecimiento del Acceso Universal para personas viviendo con VIH y Sida, con énfasis en niños con VIH y Gestantes. Inclusión en el PEAS para el tratamiento y atención integral.
- Fortalecimiento de Centros de Referencia para el manejo de ITS y VIH en poblaciones vulnerables (CERITSS Y UAMPS), mediante la capacitación de Recursos Humanos y apertura de 5 nuevos UAMPS en el país lo que facilita la ampliación de cobertura descentralizada.
- Actualmente todas las regiones cuentan con CERITS y UAMP implementadas y operativas para la atención especializada de ITS y VIH.
- Relanzamiento del Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual, ha reposicionado esta herramienta terapéutica en establecimientos del MINSA, FFAA y particulares a nivel nacional.

Prevención de la Transmisión al VIH madre – niño

- Al año 2006 la cobertura del diagnóstico de gestantes VIH era de 30%. A la fecha, las pruebas rápidas para VIH se ha incrementado el tamizaje en más del 75% logrando diagnosticar en los últimos 5 años a más de un millón 700 mil gestantes a nivel nacional.
- Así mismo, entre el año 2004 y marzo de 2010 se ha incrementado la atención y tratamiento gratuito del 50% al 90% de gestantes reactivas al VIH, previniendo así que nazcan más niños con VIH.
- Para el año 2011 se espera aumentar en 5% la cobertura de tamizaje para gestantes a nivel nacional, e incrementar la prevención de la transmisión vertical brindando tratamiento oportuno a las gestantes diagnosticadas con VIH.
- Se ha logrado reducir la transmisión vertical de VIH madre a niño de 14% en el 2009 a 6% en el 2010.

Multisectorialidad y políticas públicas

- Aprobación con D.S. N° 005-2007 del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA en el Perú, en la que participan los ministerios de salud, trabajo, interior, mujer y desarrollo humano.
- Norma Técnica de Prevención de la Transmisión Vertical (Madre Niño) del VIH Sífilis aprobada, publicada y difundida en el 2008. En el 2011 se publicará la versión actualizada de esta norma, que incluye la prueba rápida de sífilis, y la técnica de cesárea con membranas integras para evitar el contacto del niño con la sangre de la madre con VIH.
- Durante el 2008 y 2011 se fortaleció la capacitación y compra de insumos para la detección temprana del VIH de la gestante.
- En el año 2008 se establecen los “Lineamientos de Salud Sexual integral con énfasis en prevención de ITS, VIH SIDA”, conjuntamente con el MINEDU.
- Resolución Ministerial N° 650-2009-EP, en el 2009 se aprueban la Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/los trabajadores/as sexuales y HSH, con el fin de actualizar la normatividad y brindar atención especializada para la población vulnerable, y el Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y Sida.
- Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios/as en servicios de salud, ampliando el acceso al preservativo como método para la prevención de la ITS, VIH y Sida.
- Implementación del “mercadeo social del condón” como herramienta para facilitar el uso de esta estrategia preventiva entre la población y del piloto en conjunto con UNFPA para la introducción del condón femenino en establecimientos de salud del Minsa.
- Resolución Ministerial N° 436-2009/MINSA, Directiva Administrativa para el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores - SMEII de la ESN PYC ITS/VIH-SIDA y la ESN PCT" para la implementación del Sistema de Monitoreo, Evaluación e Información SMEII.

Respecto a la capacitación al personal de salud:

- En los últimos cuatro años se han capacitado a más de 5 000 profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras, ginecólogos) en el uso de pruebas rápidas para tamizaje de VIH en gestantes y actualmente se cuenta con tamizaje obligatorio a las gestantes en todos los servicios del Ministerio de Salud.
- Se cuenta además con más de 60 profesionales ginecólogos capacitados en servicios en nueva técnica quirúrgica de cesárea con membranas amnióticas integras para la prevención de la transmisión vertical.
- Desde el año 2003 se han capacitado a más de 500 profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras, ginecólogos, pediatras, psicólogos, asistentes sociales, químicos farmacéuticos) en el manejo de TARGA y actualmente se cuenta con más de 70 servicios de TARGA a nivel nacional.

Posicionamiento Nacional e Internacional en VIH y Sida

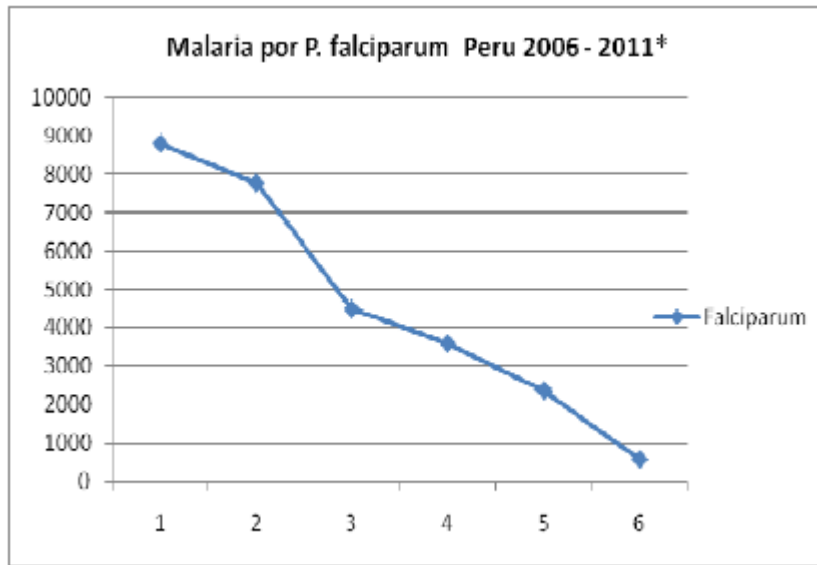
- Durante el período 2006 – 2011, el Perú ha logrado la aprobación de tres proyectos del Fondo Mundial (V, VI y X Ronda), que contribuyen a fortalecer la prevención, atención y el acceso a los servicios en la población general y PVVS.
- Representantes de los 20 países integrantes del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA (GCTH); eligieron al Perú, para ejercer durante dos años, la presidencia de ese organismo integrado por los programas de VIH de Latinoamérica y el Caribe, así como redes comunitarias. (2008-2009).
- Por su destacado avance en la lucha contra el VIH y Sida, el Perú, fue elegido como sede del V Foro Latinoamericano y del Caribe de VIH-SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el cual se realizó en Lima en noviembre del 2009, contando con más de 4 mil participantes de América Latina y el Caribe.
- El Perú se encuentra presidiendo la comisión técnica de VIH y Sida en el Organismo Andino de Salud.
- El Perú fue elegido como el único país en la región de las Américas, para la evaluación de impacto de los proyectos de VIH del Fondo Global.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS

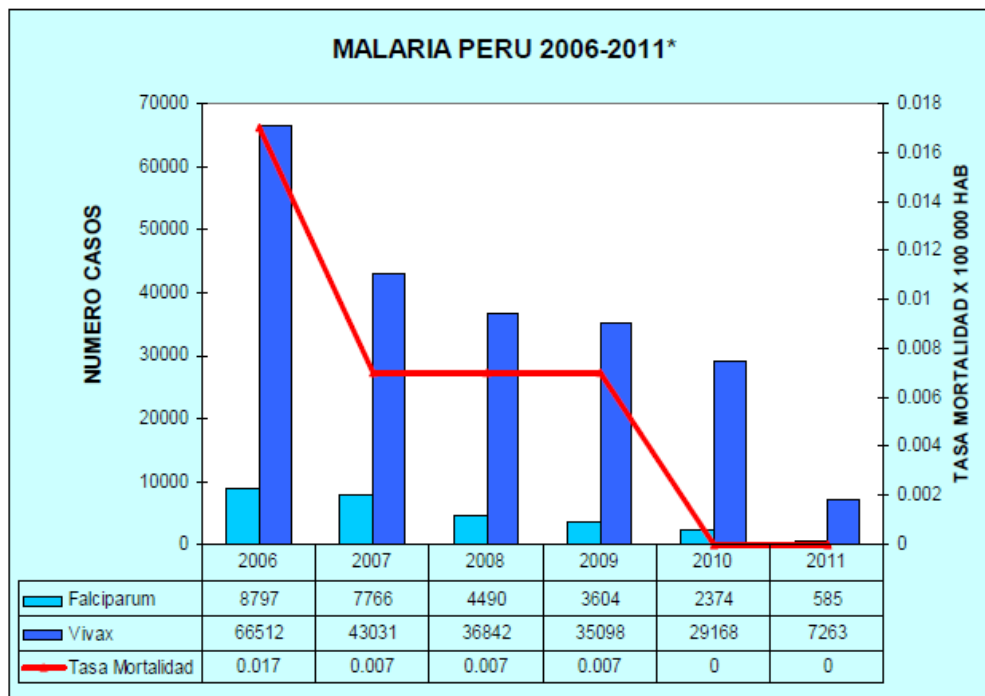
La Malaria en el Perú en la última década muestra una tendencia sostenida hacia la reducción, determinándose actualmente una modificación en los estratos de riesgos medidos desde la unidad distrital; se atribuye estos resultados a las intervenciones integrales desarrolladas y el gran fortalecimiento de la respuesta desde los servicios de salud, la detección precoz, diagnóstico oportuno y la administración del tratamiento supervisado se constituyen en la piedra angular de la prevención de la transmisión y el control de la enfermedad.

Las acciones dirigidas al vector, la modificación de hábitos y costumbres de la población, contribuyen también de manera importante en este objetivo, haciéndose aún de mayor importancia en los estratos de alto y muy alto riesgo, relacionados en su mayoría por el nivel de exposición de la población “ubicación y tipo de vivienda”.

En lo observado en los últimos años, particularmente comprendidos entre julio 2006 al 2011, se mantiene un decrecimiento con mayor intensidad en la producida por plasmodium falciparum; de manera global se observa la disminución del orden del 58.12%, habiendo reportado 75 309 en el año 2006 y 31 542 casos el año 2010.



En el presente año, al mes de abril se han notificado 7 848 casos, observándose una disminución del orden del 21% en relación a los primero cuatro meses del 2010.

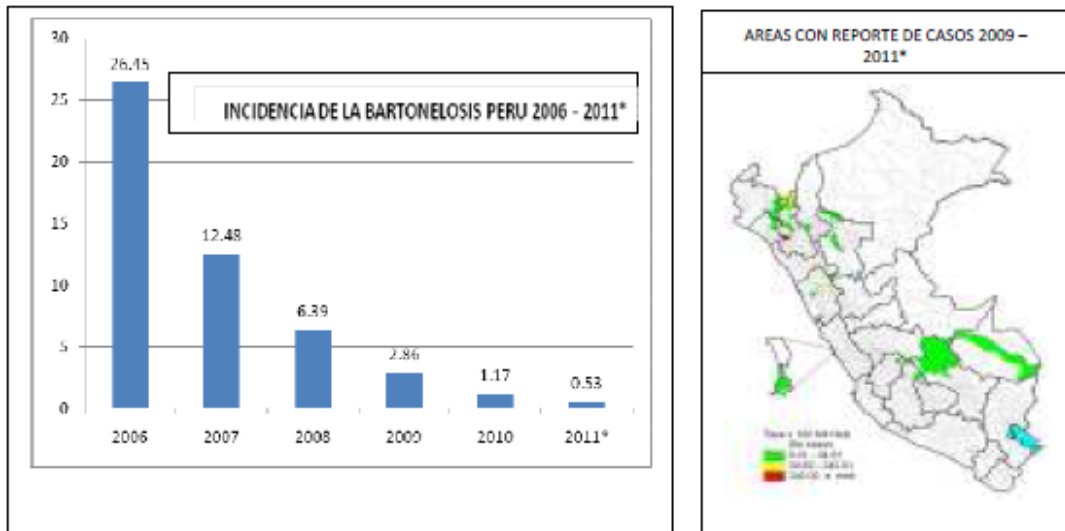


Situación epidemiológica que es consistente con la mortalidad ocasionada por esta enfermedad, no se reportan fallecimientos por esta causa en los últimos 2 años.

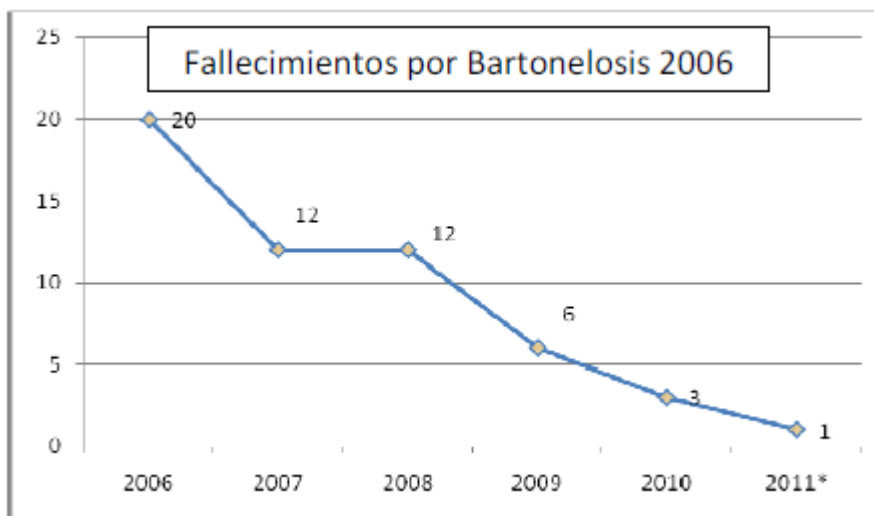
BARTONELOSIS

La Bartonelosis, problema de salud pública que afecta principalmente a la población de los valles interandinos, intervenciones integrales han permitido reducir el nivel de afectación y riesgo, circunscribiéndose en localidades que aún el saneamiento y las condiciones de vivienda y costumbres de la población la expone al riesgo de enfermar primero y morir si esta no busca atención oportuna.

En los últimos años se evidencia un decrecimiento importante en el número de casos y población en riesgo; la grafica siguiente muestra este comportamiento.



Situación similar se muestra en la letalidad por bartonellosis grave, de 4 251 fallecimientos reportados en los últimos 10 años, 54 corresponden al periodo 2006-2011(abril).



La principal intervención corresponde al fortalecimiento de la prestación en el primer nivel privilegiando a la detección precoz y tratamiento de casos.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

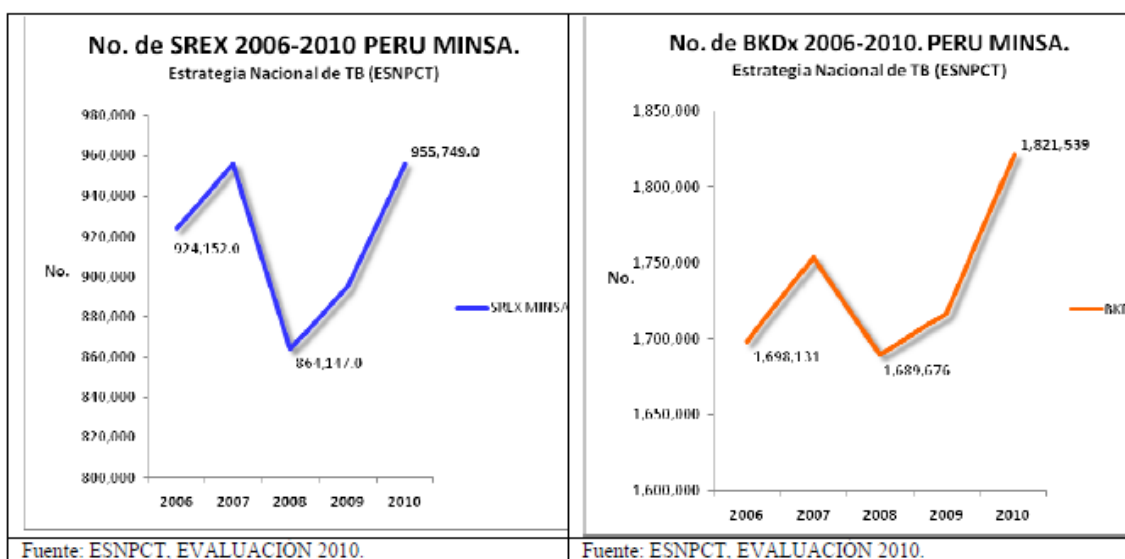
- No se han registrado casos agudos de enfermedad de Chagas transmitidos por T. Infestans en los últimos años.
- Se ha alcanzado la Certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de chagas en la Región Tacna en el año 2009 y en setiembre 2010 en la región Moquegua.
- La región Arequipa hasta la fecha muestra la interrupción en cuatro distritos los que reportaban densidades de infestación triatómica alta y que fueron priorizados en la intervención.
- La vigilancia serológica en mujeres gestantes y el seguimiento, reporta “cero” reactivos en los Recién Nacidos de madres de áreas endémicas y/o sero reactivas.

I- INCREMENTO DE LA INTENSIDAD DE DETECCION DE TB

La ESNPCT tiene dos indicadores relevantes para medir la detección de casos de TB. Ellos han mostrado mejora significativa en el periodo:

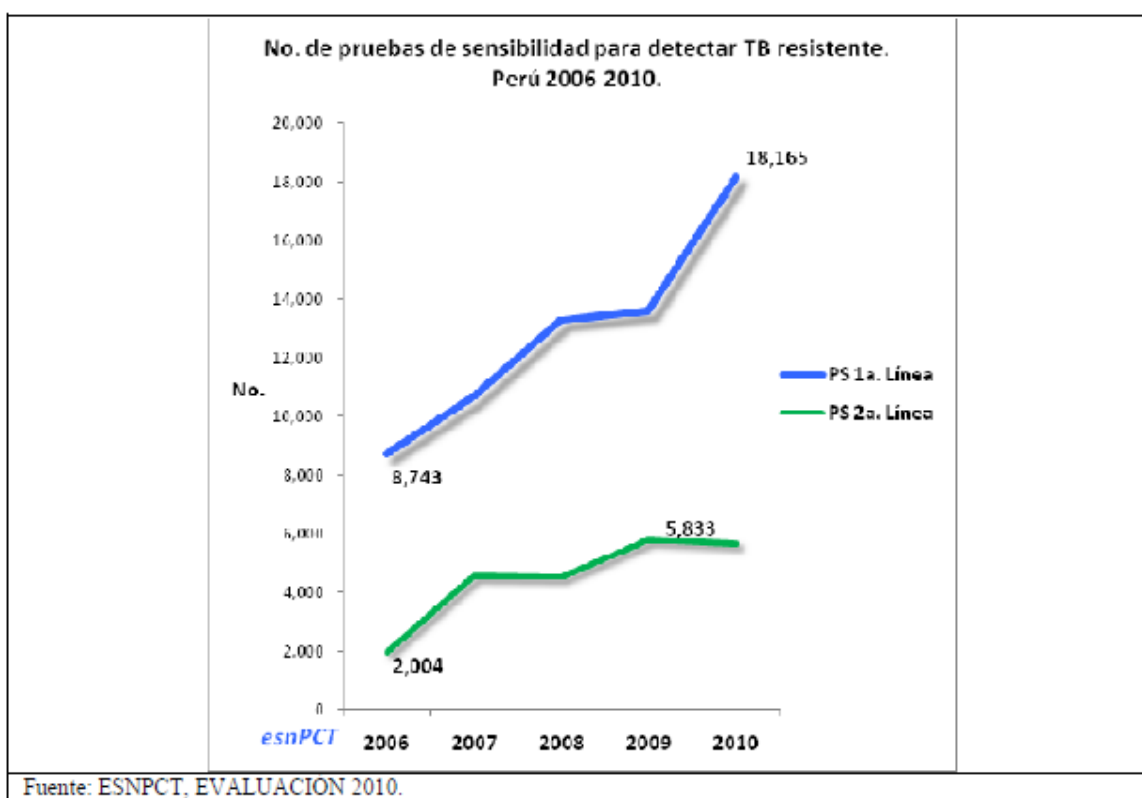
1. No. de sintomáticos respiratorios examinados (SREX): el año 2006 se reportó 924 152 SREX, luego disminuyó el año 2008 a 864 147 y el año 2010 se recuperó llegando a 955 749 (un incremento de casi 11% respecto a dicho año), el mejor valor en los últimos 8 años y con proyección de llegar a 1 millón de SREX el año 2011.

2. No. de baciloscopías diagnósticas (BKDx): el año 2006 se realizó 1 698 131 BKDx y el año 2010 se realizaron 1 821 539 BKDx, un incremento de 8% y el mejor valor obtenido en los últimos 9 años y con probabilidad de llegar a 2 millones aproximadamente para el 2011.



II- INCREMENTO DE INTENSIDAD DE DETECCION DE TBMDR.

La ESNPCT utiliza el indicador de No. de Pruebas de Sensibilidad (PS) realizadas, tanto para medir el esfuerzo de búsqueda o detección oportuna de TBMDR como para medir el proceso de universalización de las pruebas de sensibilidad para todos los afectados de TB. En ese sentido la Estrategia ha alentado a médicos y enfermeras responsables locales de TB a solicitar tempranamente la prueba de sensibilidad. Como consecuencia, se ha incrementado significativamente el No. de PS para diagnóstico temprano de TBMDR: de 8 743 el año 2006 a 18 165 el año 2010 (un incremento de casi 120%), con el apoyo decidido de los laboratorios referenciales y el INS. Ello está repercutiendo en una disminución sostenida de los fracasos al tratamiento, disminución sostenida en el No. y proporción de la población de pacientes Antes Tratados (AT), es decir aquellos con el mayor riesgo de tener TBDR y TBMDR, menor tiempo de transmisión de TBMDR. Ello debe repercutir también (aunque no medido) sobre el No. de hospitalizaciones por TBMDR y sobre la disminución de las discapacidades por TBMDR. Finalmente disminuirá la intensidad de transmisión de la TBMDR.



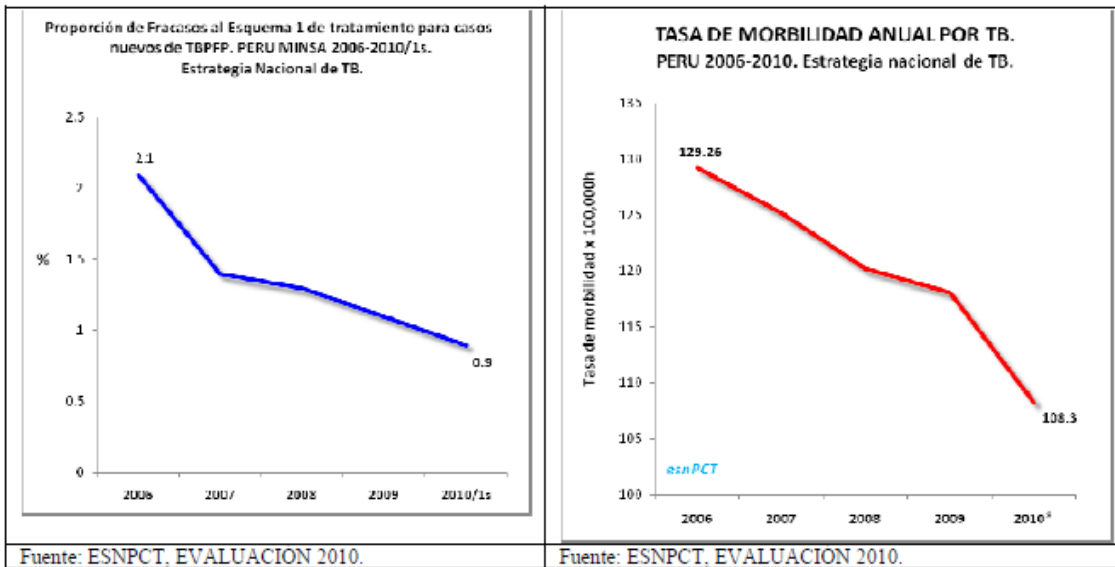
III- MEJORA SOSTENIDA Y SIGNIFICATIVA EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LA TB.

El acceso temprano a la PS está permitiendo una disminución sostenida y significativa de los fracasos al tratamiento, tanto en número absoluto como en proporción. El año 2006 el

porcentaje de fracasos al esquema UNO fue de 2.1%, el año 2010/1s el porcentaje disminuyó a 0.9%, el más bajo porcentaje de fracasos al tratamiento en 50 años de lucha contra la TB.

IV- DISMINUCION DE LA TASA ANUAL DE MORBILIDAD

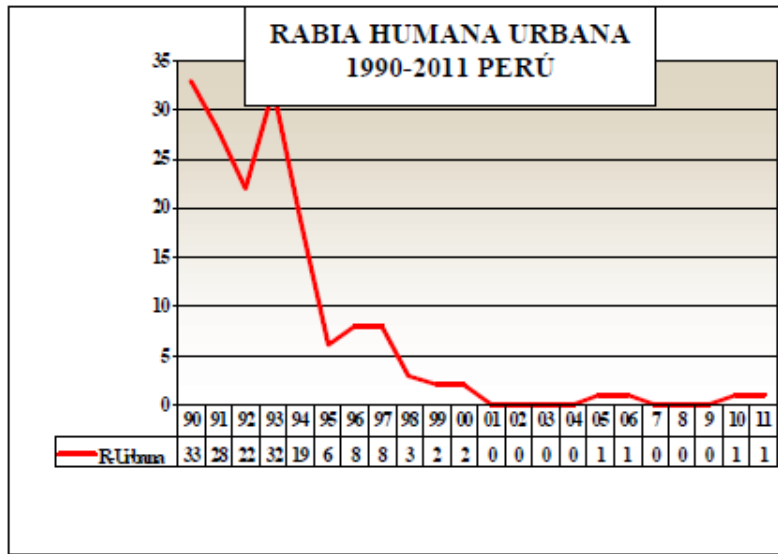
La tasa anual de morbilidad por TB disminuyó de 129.2 x 100,000 h el año 2006 a 108.3 x 100 000 h el año 2010, una disminución de 20 puntos de morbilidad en cinco años (una disminución de 15% en cinco años), a pesar de haberse incrementado significativamente la detección de TB en el 2010.



Rabia

Enfermedad endémica en el Perú, donde se registran dos ciclos de transmisión, cuyos reservorios principales, son el perro como responsable de la transmisión urbana y el murciélago hematófago de la transmisión silvestre.

En las últimas décadas el Perú muestra una sostenida disminución del número de casos de rabia humana transmitida por el perro: de más de 30 casos registrados a inicios de los años 90, no registra ninguno en los años 2001-2004, reapareciendo durante los años 2005-2006 y 2010-2011, en estos años sólo un caso humano y todos circunscritos al departamento de Puno.



Así mismo en el mismo período la reducción de la incidencia de rabia canina se presenta en más del 90% en comparación con el último brote registrado en el año 1993.

Con el plan de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro a nivel nacional, se han conseguido logros importantes que han permitido tener al 88% del territorio nacional libre de rabia. Las principales estrategias empleadas para conseguir estos logros en el control de rabia humana transmitida por el perro han sido principalmente:

El mejoramiento de la calidad de atención de las personas expuestas al virus rábico incidiendo en la notificación oportuna de un accidente de mordedura y que hacer frente a la misma, llegándose a atender en promedio 65 000 personas mordidas anuales en los establecimientos de salud, de las que han debido iniciar tratamiento antirrábico en promedio 15 000 personas, así como la ejecución de campañas antirrábicas caninas masivas gratuitas en cortos periodos de tiempo con vacunas de producción nacional. Actividades que se encuentran inmersas en la NTS N° 052 –MINSa/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú” aprobada con R.M. N° 981- 2006/MINSa.

Actualmente el país conjuntamente con el resto de los países de la Región de las Américas y la OPS/OMS tiene el compromiso de eliminar la rabia humana transmitida por el perro al 2012.

Considerando los avances del Perú en la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro se realizó en el año 2009 el Proyecto de Cooperación Técnica entre Perú y Chile para el “Reconocimiento de Territorios sin Circulación de virus de rabia variante canina” y en cuyo producto el Documento Técnico “Delimitación y Mantenimiento de Territorios libres de rabia canina en el Perú” inmerso en el Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Rabia en Humanos en las Américas, se recomiendan actividades de monitoreo y vigilancia para el mantenimiento de los avances logrados en rabia en ambos países y para su eliminación en aquellos territorios que aún mantienen este problema.

Actualmente se declara oficialmente que el 88% del territorio nacional, excluidos los departamentos de Puno y Madre de Dios, están libres de circulación de rabia humana y canina, producida por variante V1 y V2.

Peste humana

La peste es una enfermedad aguda, frecuentemente fatal y potencialmente epidémica causada por la infección con *Yersinia pestis* y existe en ciclos enzoóticos naturales involucrando a los roedores silvestres y sus pulgas.

Estos ciclos naturales pueden ser inaparentes sin transmisión a humanos o asociado con transmisión esporádica a los humanos. Las epidemias de peste ocurren ocasionalmente cuando la enfermedad se disemina de los roedores silvestres a los roedores synantrópicos (género *Rattus*) y domésticos (género *Cavia*).

Esta zoonosis se enmarca en el compromiso global de los países, relacionado con el control y eliminación de las enfermedades cuyos determinantes se encuentran asociados a las condiciones de extrema pobreza de grupos vulnerables de la población, aspectos que hacen parte a la vez de las metas relacionadas con los objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el Perú, como en algunos países del mundo persiste en la forma silvestre, ocasionando brotes epidémicos en forma esporádica en localidades rurales endémicas del norte del país. El último brote epidémico registrado se inició en octubre de 1992 hasta diciembre de 1994 con 2,011 casos y una letalidad de 4.4% (88 fallecidos).

Las estrategias implementadas tales como el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud con capacitación de personal, aseguramiento de la provisión oportuna de medicamentos, así como la desinsectación de viviendas, vigilancia de reservorios silvestres, la educación de las familias en las comunidades en riesgo, han permitido la disminución de los casos en zonas endémicas de los departamentos de la Lambayeque, Piura, Cajamarca y La Libertad, habiéndose elaborado con participación de las Diresas mencionadas y la OPS/OMS, el documento técnico "Plan Integral para la Eliminación de la Peste Humana en Áreas Endémicas de la Macro Región Norte del Perú, período 2008-2012", como un instrumento de abogacía, de convocatoria intersectorial, de movilización política macroregional y de búsqueda de recursos fundamentalmente locales para ejecución de los componentes operativos.

Sin embargo en el Departamento de la Libertad, después de 15 años de silencio epidemiológico, en agosto y setiembre del 2009 se reactiva un foco de peste en la provincia de Ascope, distrito de Casa Grande, localidad de Santa Clara con 5 casos confirmados y 16 probables y en el período abril-setiembre del 2010 la misma provincia registran en total 23 casos de peste (12 confirmados y 11 probables), de los cuales 02 fallecieron por peste neumónica.

Este problema permitió fortalecer la coordinación en todas las instancias del Ministerio de Salud, a fin de implementar estrategias intersectoriales conjuntas con el gobierno local y regional, lo que permitió controlar el brote y evitar la ocurrencia de nuevos casos de peste. De los éxitos obtenidos en la prevención y control de esta zoonosis y la experiencia adquirida en el último brote presentado en el departamento de La Libertad, permitió actualizar la norma técnica de peste hasta entonces vigente por la NTS N° 083-MINSA/DGSP. V.01 "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Peste en el Perú" aprobada con R.M. N° 684-2010/MINSA.

Los Departamentos de Piura, Lambayeque, se mantuvieron sin casos de Peste durante los últimos cinco años.

Entre las normas emitidas se tiene:

- Resolución Ministerial 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”.
- Resolución Ministerial N° 675-2006/MINSA la NTS N° 049-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la atención Integral de la Persona afectada con Leptospirosis”.
- Resolución Ministerial N° 981-2006/MINSA la NTS N° 052 –MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 551-2006/MINSA la NTS N°044-2006-MINSA/DGSPV. 01. “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Carhunco.
- En proceso de elaboración la Norma Técnica de Diagnóstico y Tratamiento de Brucelosis Humana, Norma para la Atención Integral de la Fasciolosis Humana y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Equinococosis quística.

SALUD MENTAL

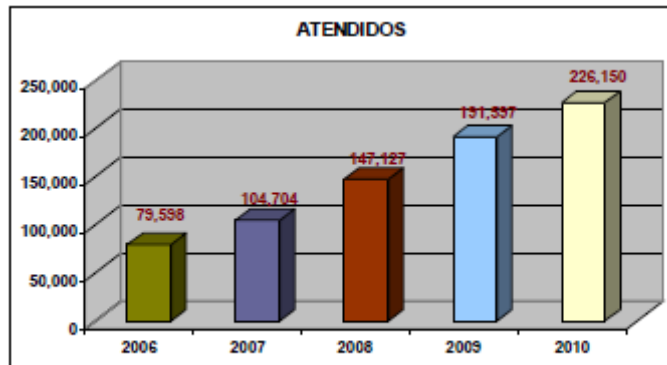
1. LÍNEA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VIOLENCIAS

Posterior a la implementación del Plan de Reparaciones en Salud en el año 2006 se continuó hasta la fecha con las actividades del Plan de Reparaciones de Salud en las regiones mayormente afectadas por la violencia política: Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huanuco, Junín, Pasco, Puno, Ucayali y San Martín. Se viene trabajando con 11 equipos de salud mental constituidos por profesionales especializados en salud mental, brindando una atención integral a la población afectada por secuelas de violencia política. A partir del año 2009 se incorporan a Ancash, Cajamarca y La Libertad como zonas priorizadas en violencia política.

Se encuentra en ejecución desde el 2008 el proyecto “*Fortalecimiento de la Atención Integral de Salud para la Población Afectada por la Violencia y Violación de Derechos Humanos en la República del Perú*”, ejecutado con el apoyo técnico de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón –JICA en 5 zonas (Junín, Ayacucho, Huancavelica, Cusco y Lima Este). Al 2010 se tiene 14 546 personas víctimas de violencia identificadas y 13 832 atendidas; 2 815 referidas por los promotores de salud, establecimientos de salud y otras organizaciones o instituciones comunitarias; 392 profesionales de la salud participaron en el Diplomado “*Atención Integral a Personas Afectadas por la Violencia*” organizado a través del Convenio MINSA - Universidad de Mayor de San Marcos y JICA. Asimismo 4 591 participantes fueron capacitados a través de réplicas y 192 promotores de salud capacitados en 2009. En 2010, se culminó el TOT (Training Of Trainers) o Capacitación de Capacitadores, correspondiente al primer grupo de la II Fase de la diplomatura. Se han realizando las réplicas al 100% de la II Fase del mencionado proyecto, en las regiones de Apurímac (Andahuaylas, Abancay), Pasco, Puno, Ucayali, San Martín, Ica y Huanuco.

Del mismo modo, desde el 2008, se realizaron reuniones de trabajo convocadas por la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN), junto a EsSalud y las organizaciones de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, a fin de formar y

capacitar profesionales de salud para fortalecer las capacidades resolutivas de los equipos de salud del primer nivel de atención.



Grafica de atendidos en salud mental por años

En el 2008, las Direcciones Regionales de Cusco, Loreto y Madre de Dios y las DISAS de Lima, se instalaron 7 Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS), a fin de fortalecer las redes sociales de apoyo para la población infantil víctima de violencia y de explotación sexual comercial. En 2009 se da la Normativa Técnica de Atención e Intervención Integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de Violencia, Abuso y Explotación Sexual Comercial Infantil, la Directiva Técnica que regula el Funcionamiento de los MAMIS y la Guía de Procedimientos para la Prevención, Atención y Recuperación de niñas, niños y adolescentes víctimas de Violencia, Abuso Sexual y Explotación Sexual Comercial Infantil. Actualmente, se cuenta con 40 MAMIS en funcionamiento a lo largo y ancho del país.

En el presente año 2011 se realizó una Marcha por la Salud de la Niñez y la prevención de la violencia, realizada el 27 de febrero con una participación Intersectorial donde se convocó aproximadamente 15,000 personas.

2. Línea de Prevención y Atención de Adicciones

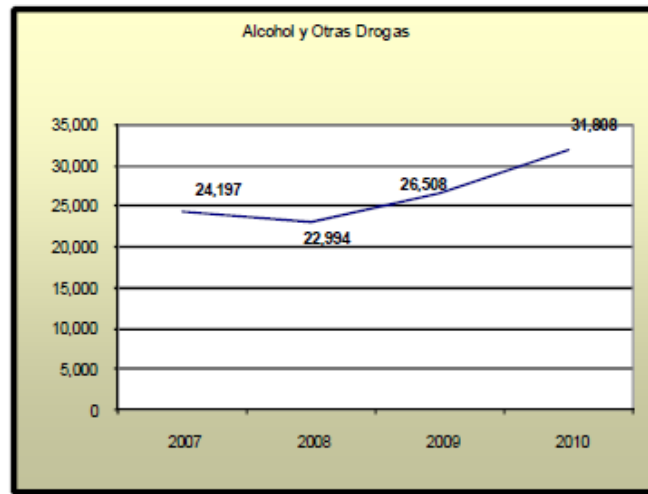
Durante los años 2008, 2009 y 2010 ha venido trabajando el Plan de Impacto Rápido en Adicciones en el marco del Convenio MINSAs – DEVIDA.

En el año 2006, se inauguraron 06 Centros de Atención Ambulatoria y de Día en Adicciones – CADE, en Hospitales de capitales de departamentos (Tacna, La libertad, Junín, Lambayeque y Callao), en el año 2007, se implementa el Plan de Impacto Rápido en adicciones, en 11 regiones del país, con la finalidad de fortalecer el acceso a los servicios de salud mental desde el primer nivel de atención. En el 2008 se implementó la Guía de Práctica Clínica de Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancia Psicótropas y Otras Drogas, con un total de 316 profesionales del primer nivel de atención capacitados además, se realizó 10 asistencias técnicas a los responsables de salud mental en la implementación del Plan de Impacto Rápido de Adicciones, inaugurándose además, 11 Módulos de Atención en Adicciones en las regiones Ayacucho, Arequipa, Apurímac II, Huanuco, Lambayeque, Puno, Tumbes y Lima Ciudad. En el 2009, se inauguraron 25 Módulos de Atención en Adicciones en las regiones Ucayali, Tacna, San Martín, Piura, Pasco, La Libertad, Junín, Huancavelica, Cusco, Cajamarca, Apurímac I, Ancash y Amazonas. Se transfirió presupuesto a 24 DRESAS para el fortalecimiento del PIR Adicciones. Se realizaron 26 talleres de

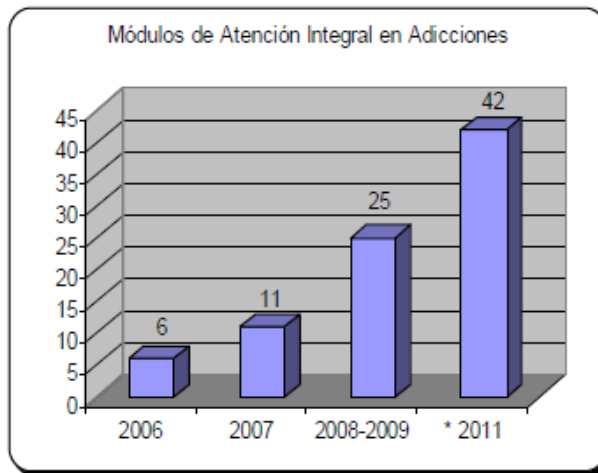
habilidades sociales en las DIRESAS y DISAS incluidas en el PIR Adicciones, dirigido a adolescentes en riesgo de consumo de alcohol y otras drogas. Actualmente se cuenta con 36 Módulos de Adicciones.



En el 2010, se logró la Firma de Convenio N° 026-2010/MINSA “Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA y el Ministerio de Salud” y a su vez la Firma de Convenio N° 038-2010/MINSA “Convenio Especifico de Cooperación Interinstitucional entre la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA y el Ministerio de Salud, en el marco del Programa Institucional Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas”. Se capacitó a un total de 292 profesionales del primer nivel de atención capacitados; 02 Documentos normativos validados: a) Norma Técnica del funcionamiento de los centros médicos de apoyo para la atención de personas con problemas con las sustancias Psicoactivas y b) Guía de Práctica Clínica para la prevención y tratamiento del consumo de tabaco. Asimismo, se brindó atención a 31,808 personas por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con un incremento del 19.9% en relación al año anterior. Para el presente año 2011, se fortalecerá los módulos de atención integral en adicciones con la Vigilancia Centinela, que permitirá una detección temprana de los problemas y trastornos de salud mental de forma más eficaz.



Grafica de incremento del número de atendidos por alcohol y otras dependencias por años



Grafica de incremento del número de módulos de atención integral en adicciones por años
* 36 son Módulos de atención Integral en Adicciones y 06 son CADES

3. Línea de Prevención y Atención de Psicopatologías

En el 2008 oficializó la Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Psicosis para el primer y segundo nivel de atención. Se observa mayor predominancia en el sexo femenino de depresión por ciclos de vida. En relación a las conductas suicidas se apreció un número importante de atendidos en el grupo etario de 5 a 9 años, lo que indicó la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas en padres o cuidadores sobre pautas de crianza. En 2010 se llevó a cabo la reunión de validación del Proyecto de “Guía de Práctica Clínica en Terapia Electroconvulsiva”; se realizaron reuniones de validación para la “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos Hipercinéticos en Niños y Adolescentes en el Primer y Segundo Nivel de Atención”. Se concluyó con la recopilación y posterior sistematización de la información necesaria para la elaboración del proyecto de “Guía de Práctica Clínica para el Tercer Nivel de Atención en Trastornos Depresivos Complicados o de Riesgo”. Asimismo, se finalizó con la sistematización de la información requerida para la elaboración del proyecto de Guía de

Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Tercer Nivel de Atención“. Se ha atendido a 251 710 personas y en relación al año anterior se tiene un incremento del 3,85%.

En el marco del Aseguramiento Universal se han considerado 04 problemas de salud pública de salud mental del país, incorporados como condiciones asegurables en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud: Esquizofrenia, Depresión, Ansiedad y Alcoholismo.

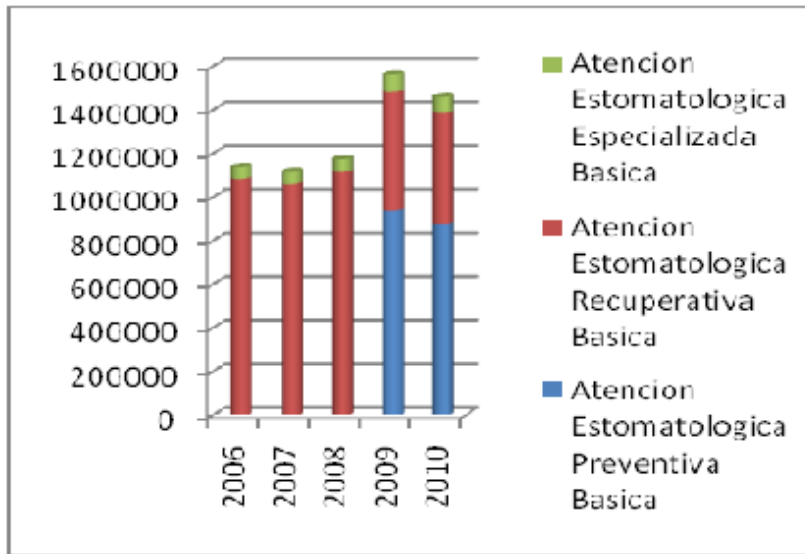
4. Documentos Normativos

- Lineamientos Para la Acción en Salud Mental. 2006
- Plan Nacional de Salud Mental 2006.
- Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas. 2006
- Guía de Práctica Clínica en Depresión y Conducta Suicida. 2006
- Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares. 2006
- Guía Técnica Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género. 2008
- Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y maltrato Infantil. 2004
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Psicosis. 2009
- Guía de Capacitación para la Intervención en Salud Mental Comunitaria. 2009
- Guías Educativas: Prevención de la Violencia / Pautas de Crianza / Habilidades para Escolares de 8 a 11años. 2010

SALUD BUCAL

A partir del año 2009, se inicia la cobertura completa de las Atenciones Estomatológicas Preventivas para toda la población afiliada al Seguro Integral de Salud, mediante la aprobación de la RM N° 240-2009/MINSA, ratificado mediante la RM 226-2011/MINSA, que reconoce el tarifario de las intervenciones que inciden en la determinante de educación mediante las Examen Estomatológico, Consulta Odontológica, Sesiones Educativas y Sesiones Demostrativas en Salud Bucal, Fisioterapia Salud Bucal, Profilaxis Dental, Destartraje, Aplicación de Sellantes, Aplicación de Barniz Fluorado, Aplicación de Flúor Gel, Inactivación de caries con Ionómero de Vidrio, Técnica de Restauración Atraumática, para todas las etapas de vida.

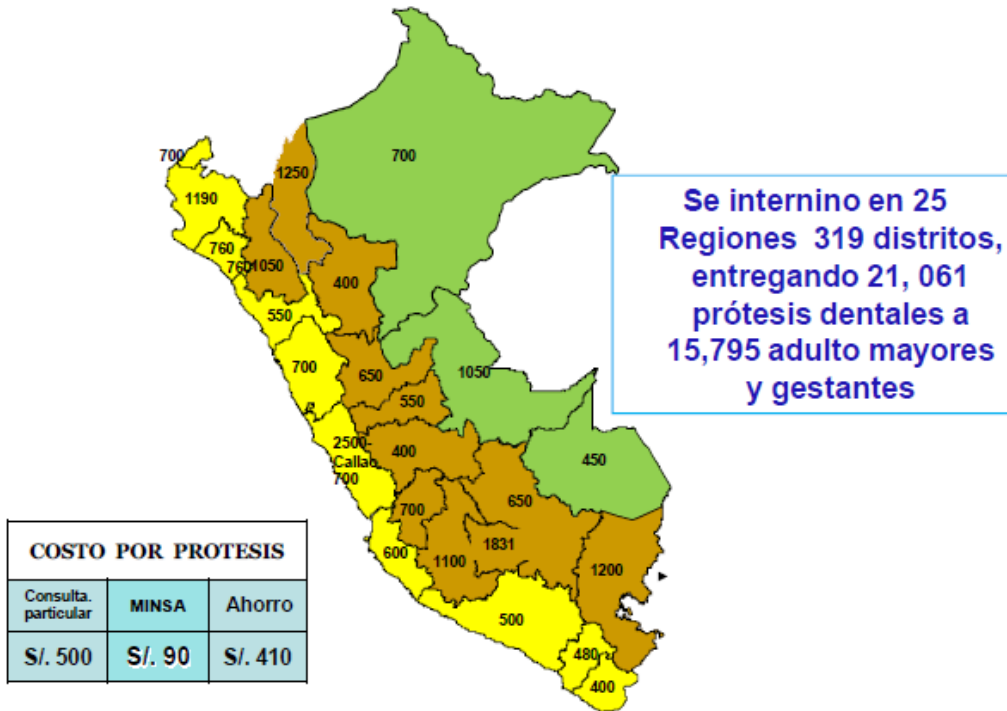
Antes del periodo 2009, mediante RM N° 1756-2002 SA/DM, las prestaciones de salud bucal son financiados por el SIS, sin embargo sólo se trataban de actividades recuperativas y especializadas mediante Planes de atención A,B,C coberturando solo a niños de 0 a 5 años, adolescente de 5 a 17 años y gestantes.



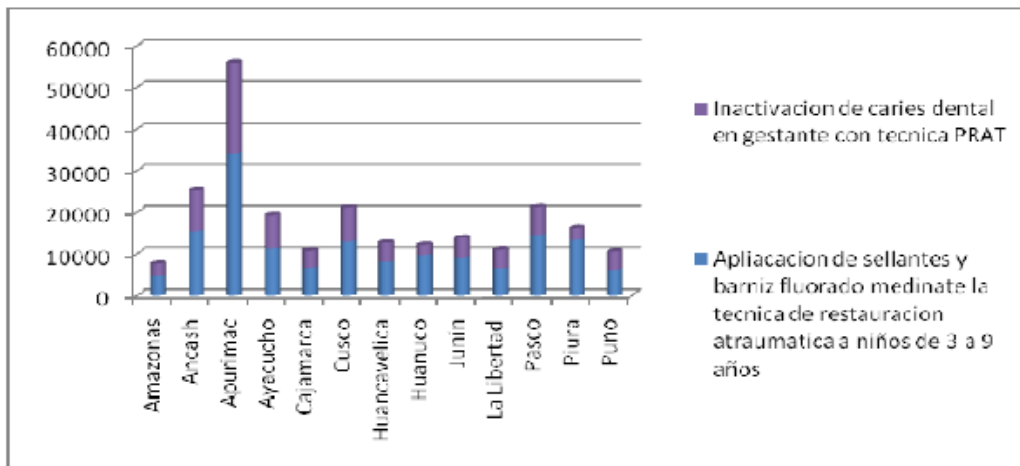
Se aprueba mediante el D.S. N° 016-2009-SD el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, PEAS, las condiciones de Salud Bucal: Caries, Pulpitis, gingivitis y Enfermedad periodontal, asegurando que de acuerdo a la implementación en las regiones piloto del AUS, sean coberturadas con las prestaciones: Examen Estomatológico, Fisioterapia, Profilaxia Dental, Destartraje, Aplicación de Sellantes, Aplicación de fluor gel, Aplicación de barniz fluorada, Inactivación de caries dental, Técnica de restauración Atraumática, restauraciones con resina, Pulpotomía, Pulpectomía, Recubrimiento Pulpar, Endodoncia multiradicular y Exodoncia; por lo que la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal, en aplicación a lo descrito en el Art. N° 22 de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, ha estandarizado y validado en todas las instituciones prestadoras y formadoras de profesionales en salud bucal, los diagnósticos según codificación CIE-10 y procedimientos estomatológicos con codificación del CPT, incorporándolos en el Catálogo Nacional de Procedimientos Odontológicos.

Se encuentra en proceso de aprobación los documentos normativos: Norma Técnica de Atención de la Salud Bucal, en proceso de aprobación, la Norma Técnica de Bioseguridad en Salud Bucal, las Guías de Práctica Clínica Estomatológicas que operan las especialidades enmarcadas en la Ley del Cirujano Dentista (Cardiología, Endodoncia, Cirugía Bucal y Máxilo Facial, Ortodoncia, Periodoncia), el Documento Técnico "Plan Nacional Sonríe Siempre Perú" y el Plan Nacional de Consumo de Sal Fortificada con Yodo y Fluor. Mediante el Plan Nacional Sonríe Siempre Perú se recuperó la función masticatoria 15,795 adultos mayores y gestante mediante la rehabilitación protésica gratuitas habiéndose entregado 21,061 prótesis dentales, durante los años 2007, 2008, 2009 en las 25 regiones y 319 distritos del quintil 1 y 2 de pobreza.

Plan Sonríe Siempre Perú 2007-2009



Durante los años 2007 – 2008, se ha intervenido en 13 Regiones y 112 distritos del ámbito del Programa JUNTOS, con 10,914 atenciones de Inactivación de caries dental en gestante, disminuyendo la carga bacteriana en la cavidad bucal de las madres y reduciendo el riesgo de contagio a sus menores hijos. Asimismo, se realizaron 131,850 aplicaciones de Sellantes y barniz fluorado, a niños de 3 a 9 años, limitando la destrucción de la superficie dentaria, previniendo la aparición de lesión cariosa y asegurando contar con una adecuada función masticatoria y cavidad bucal sana que posibilite a los niños a alimentarse y nutrirse adecuadamente.



JUNTOS 2007-2008

- ✓ Respecto a Donaciones y Transplantes, se han acreditado 20 establecimientos de salud para la realización de Transplantes de órganos y tejidos. En el presente gobierno se ha implementado por primera vez un programa de Transplantes renales en el Ministerio de Salud, habiéndose realizado 52 Transplantes a pacientes de escasos recursos, cubiertos totalmente por el Seguro Integral de Salud, incluyendo el tratamiento inmunosupresor de mantenimiento. Asimismo se ha incrementado el número de donantes en el país, elevando de 0.7 a 3.2 donantes por millón de habitantes.

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

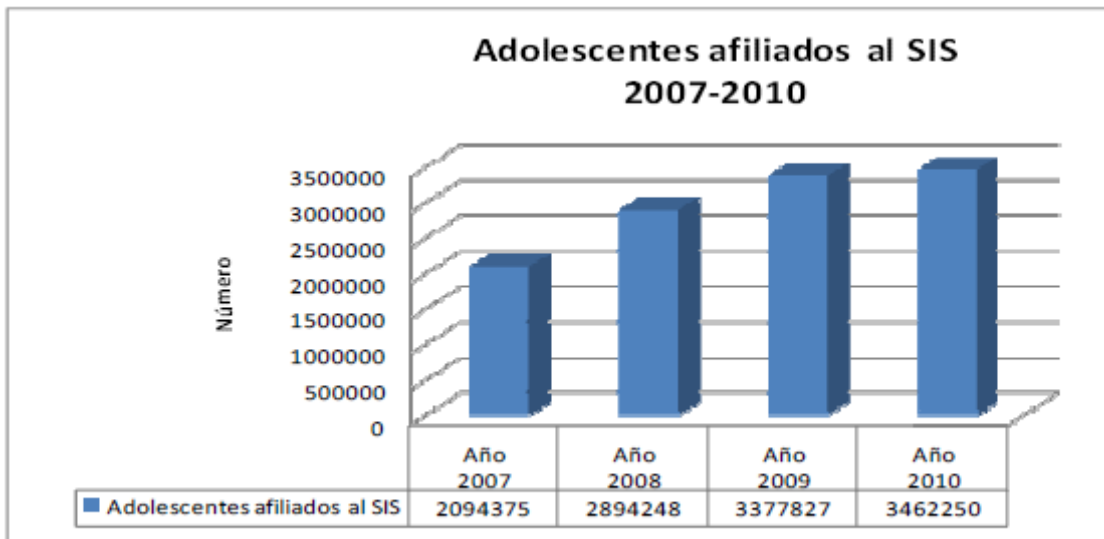
Elaboración, difusión e implementación del marco normativo de las Etapas de Vida Adolescente y Joven

- Resolución Ministerial N° 636-2009/MINSA Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención.
- Resolución Ministerial N° 1077-2006/MINSA Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de Salud del Adolescente en Establecimientos de Primer Nivel.

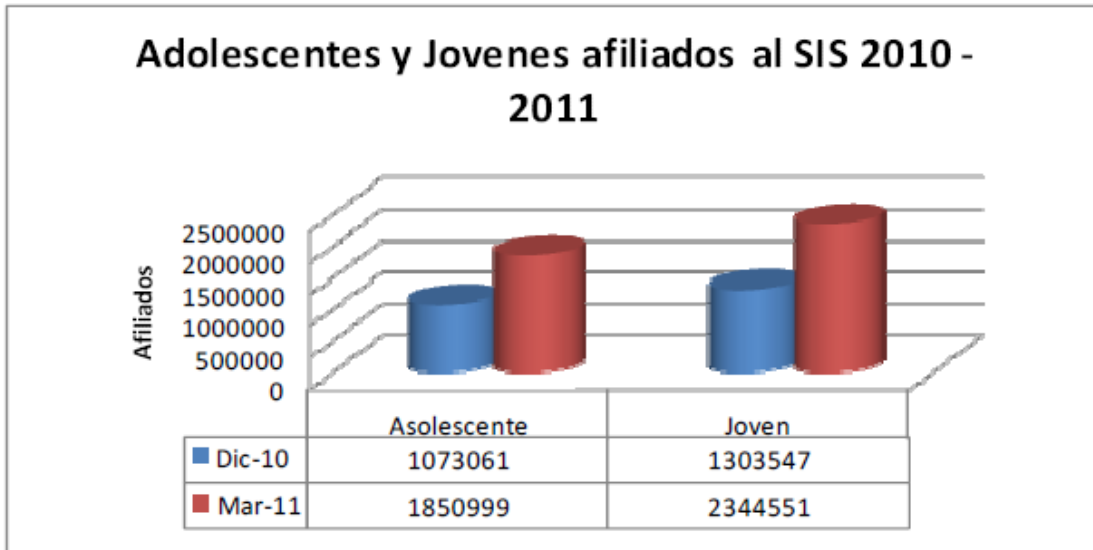
Incremento de adolescentes y jóvenes afiliados al SIS.

Aseguramiento de adolescentes:

Se aprecia un incremento significativo de los afiliados al SIS:



Fuente: Oficina General del Seguro Integral 2011



Fuente: Oficina General del Seguro Integral 2011

La Etapa de Vida Adolescente y Joven, ha contribuido con este incremento a través de la incorporación del indicador relacionado con el aseguramiento, el mismo que está relacionado con las reuniones de articulación con gobiernos locales y regionales, sociedad civil y otros sectores, medidas destinadas a impulsar la inclusión de acciones que garanticen el aseguramiento de las y los adolescentes como parte de su política sectorial.

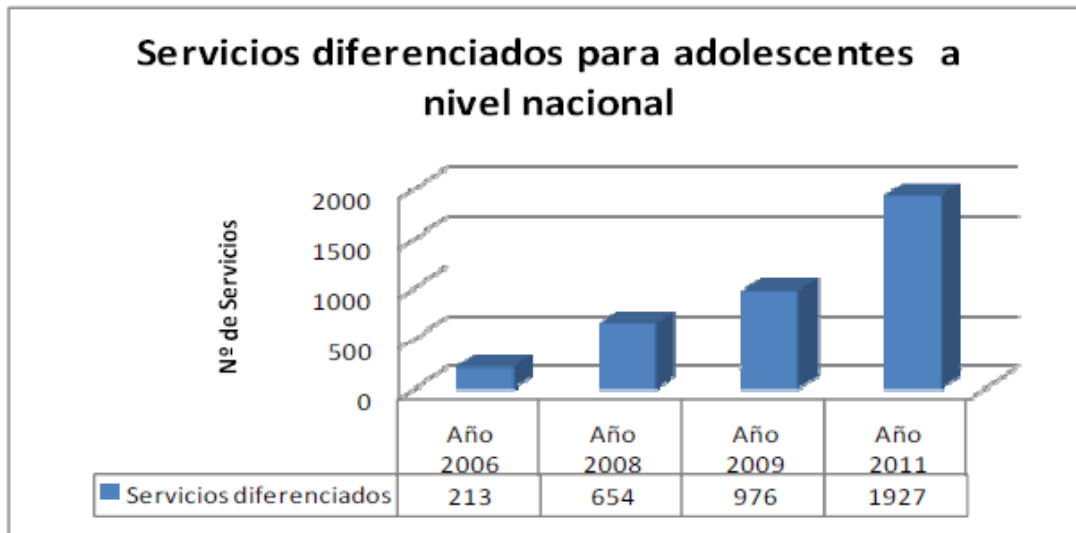
Servicios Diferenciados

2006: 213 entre ambientes exclusivos, horarios diferenciados y Centros de Desarrollo Juvenil.

2008: 654 con 112 ambientes exclusivos, 530 horarios diferenciados y 12 Centros de Desarrollo Juvenil.

2009: 976, con 199 ambientes exclusivos, 750 horarios diferenciados, 11 Centros de Desarrollo Juvenil y 16 centros de escucha.

2011: 1997, con 310 ambientes exclusivos, 1614 horarios diferenciados, 42 Centros de Desarrollo Juvenil y 149 centros de escucha.



Fuente: Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud 2011

El incremento de servicios diferenciados para adolescentes ha sido posible gracias a la constante incidencia política realizada por la Etapa de Vida Adolescente y Joven ante las autoridades regionales.

Para garantizar la sostenibilidad de la incidencia regional, la Etapa de Vida Adolescente y Joven ha fortalecido las competencias de los/las coordinadores de la Etapa de Vida Adolescente y Joven de las regiones en temas relacionados con herramientas e gestión y políticas públicas a favor de adolescentes y jóvenes.

Se ha incorporado dentro del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, acciones para la atención integral de adolescentes, permitiendo que la oferta se acerque a la demanda.

ADULTO, ADULTO MAYOR

- En el año 2006, se aprueba mediante Resolución Ministerial N° 626 -2006/MINSA, la NTS N° 046 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón”.
- En ese mismo año se aprueba mediante Resolución Ministerial N° 1147 - 2006/MINSA, la “Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”.
- El MINSA a través de la Dirección de Atención Integral de Salud – Etapa de Vida Adulto Mayor, y en coordinación con la Academia Latinoamericana de Médicos del Adulto Mayor – ALMA, realizan capacitación en Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores” a 54 médicos generales de los establecimientos del primer nivel de atención, de las DISAs de Lima y Callao, año 2007.
- El MINSA a través de la Etapa de Vida Adulto Mayor, se hizo acreedor de “Reconocimiento a la Institución Pública que ha destacado por su trabajo a favor de las Personas Adultas Mayores”, otorgado por el MIMDES, año 2008.
- Elaboración del Proyecto de Estudio “Salud Bienestar y Envejecimiento en los Adultos Mayores en el Perú- Estudio SABE PERU. 2010 - 2011
- Se encuentra en proceso de elaboración los documentos técnicos: “Guía Técnica para la Valoración Nutricional del Adulto Mayor”, “Criterios técnicos para el manejo

de la cartilla de Snellen en la evaluación de la agudeza visual de las personas adultas y adultas mayores en el primer nivel de atención” y “Guía para la Atención Integral para las Personas Adultas Mayores”.

- Se realiza el “Foro, Redes de Protección Social en Beneficio de la Personas Adultas Mayores y la Presentación del Rotafolio “Cuidado y Autocuidado de la Salud de las Personas Adultas Mayores”.
- Distribución y Difusión a nivel nacional del díptico “10 Pasos para Nutrición Saludable en el Adulto Mayor”, para promover prácticas de estilo de vida saludable en la población para alcanzar un envejecimiento saludable.

COMPONENTE DISCAPACIDAD

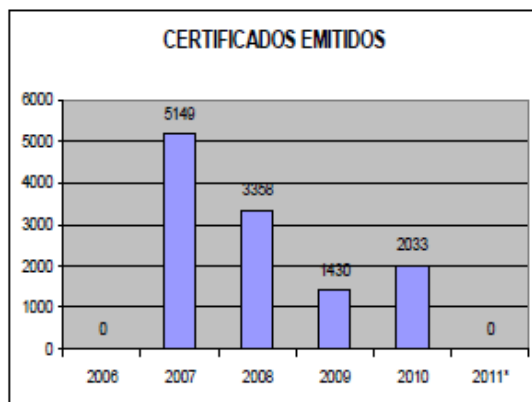
1. Normas emitidas:

- Resolución Ministerial N° 069-2011/MINSA- “Evaluación y Calificación de la Invalidez por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales”, el cual tiene por finalidad establecer los criterios técnicos a ser utilizados en el proceso de Evaluación y de Calificación del grado de invalidez por accidentes de trabajo y por enfermedades profesionales.
- Resolución Ministerial N° 798-2010/MINSA. 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.
- Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de servicios de medicina de rehabilitación.

2. Certificación de la Incapacidad:

- 54 Comisiones Médicas Calificadoras de la Incapacidad-CMCI instaladas en Hospitales e Institutos Especializados, contando con un archivo físico de las CMCI a nivel nacional.
- Se cuenta con una matriz de monitoreo a través de la cual se realiza el reporte de las emisiones de certificación a nivel nacional.

A la fecha se tiene la siguiente información de la emisión de los certificados de invalidez según siguiente cuadro:



Años	N° Certificado
2010	2,033
2009	1,430
2008	3,358
2007	5,149

3. Certificación de la Discapacidad

- Para el proceso de ampliación de la oferta de servicios de certificación de la Discapacidad el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social a través del CONADIS y con el apoyo de los profesionales del Servicio de rehabilitación de los Hospitales de Lima y Callao, se ha promovido la realización de la certificación de discapacidad con la finalidad de obtener un registro e inscripción al CONADIS.
- Se realizó el Curso Taller Internacional “Revisión del Concepto y Valoración de la Discapacidad, CIF e Incapacidad” dirigido a los diferentes profesionales de la salud, curso que ha permitido realizar coordinaciones con el MIMDES-CONADIS, Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación, Ministerio de Relaciones Exteriores, EsSalud, Universidad Federico Villarreal con la finalidad de dotar a los profesionales de conocimiento básicos necesarios para la valoración de la discapacidad e incapacidad en la aplicación del CIF.

4. Avances de la Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC

- Se firmó el “Acuerdo de partes para la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad en la Dirección Regional de Salud del Callao”, entre el Instituto Nacional de Rehabilitación y la Dirección Regional de Salud del Callao con el objetivo de desarrollar Estrategias de Rehabilitación Integral en la Red de Servicios de los Establecimientos de Salud, acuerdo que beneficiará a la población del Callao y permitirá ampliar las coberturas de la atención en Rehabilitación por niveles, implementando la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), fortaleciendo las acciones de rehabilitación en los Establecimientos de Salud y mejorando el Servicio de Medicina de Rehabilitación de los Hospitales.
- El INR, ha conducido la implementación de 06 Centros de Salud Piloto para la aplicación de la RBC en Lima y Callao y en 07 Centros de Salud en Regiones: Huánuco, Ayacucho, Tumbes, Moquegua, Cuzco, Cajamarca, Junín.

5. Donación vehículos acondicionados para el transporte de Personas con Discapacidad

En el marco del Convenio de Cooperación N° 002-2007-MINSA entre el Ministerio de Salud y la Asociación Peruano Japonesa, se ha gestionado la donación de 144 vehículos accesible para personas con discapacidad y adultos mayores, beneficiando a 142 entidades de 24 regiones el mismo que ha permitido articular y fortalecer las acciones que las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad - OMAPED y Oficinas Regionales de Discapacidad - OREDIS realizan a favor de esta población, así como de Centros de Salud, Centros de Educación Básica Especial, hospitales y otros Organismos del Estado y sociedad Civil, mejorando su calidad de vida y su integración e inclusión social.

Objetivo Nº 5: Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad

Desde el 2006 se presentan desde las siguientes perspectivas:

- Mejora del acceso a los medicamentos en el país
- Uso racional de los medicamentos
- Registro, control y vigilancia de productos farmacéuticos y de establecimientos que los producen, importan, distribuyen y expenden.
- Elaboración y actualización de normas

A. Acceso a medicamentos:

Los medicamentos constituyen un componente básico del pleno ejercicio del derecho humano a la salud y por lo tanto todos deben tener acceso a ellos. Siendo el precio un factor determinante para el acceso a los medicamentos que la población necesita, la DIGEMID ha venido realizando acciones con el fin de que la población, en especial aquella de menores recursos pueda acceder a ellos. Para ello ha implementado estrategias como las compras en escala, para lo cual se establecieron las compras corporativas inicialmente y adoptando posteriormente las compras por la modalidad de subasta inversa.

Adquisición de Medicamentos:

Desde el año 2003, con la implementación del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos – SISMED, el Ministerio de Salud (MINSa), ha venido conduciendo las Compras Corporativas Facultativas de Medicamentos, con la participación de las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud a nivel nacional.

A partir del 2006, se articularon esfuerzos con entidades extra institucionales a fin de lograr beneficios para el Sector, iniciándose así las Compras Corporativas Intersectoriales de Medicamentos, donde participan ESSALUD, Ministerio de Defensa (MINDEF), Ministerio del Interior (MININTER) y las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud (MINSa) y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE). A partir del 2009 se incorporó la Municipalidad de Los Olivos y en el 2010 participó PARSALUD. Todas estas acciones conducen a un incremento de los niveles de disponibilidad y ahorros significativos por la disminución en los precios de los medicamentos.

Por otro lado, la implementación de las compras por la modalidad de Subasta Inversa ha evidenciado grandes ventajas en la realización de los procesos de adquisición tal como:

- Rapidez en la ejecución de proceso (Un mes con Subasta Inversa versus seis meses a un año mediante Licitación).
- Provisión con control de calidad para los medicamentos.
- Transparencia en todo el Proceso al contar con Notario Público durante toda la ejecución del proceso y permitir a los ofertantes presenciar el desarrollo del mismo.
- Precio uniforme de los medicamentos en todos los establecimientos del MINSa a nivel nacional

Entre el 2006 y 2010 se realizaron seis procesos de compra corporativa según resumen en el siguiente cuadro. El monto ahorrado durante estos procesos asciende a 275 millones de soles:

Ahorros obtenidos en las Compras Corporativas ejecutadas por el MINSA

Año	Entidades Participantes	Nº Items Adjudicados	Valorizados (S/. Mllns)	Adjudic. (S/.Mllns)	Ahorro (S/. Mllns)
2006	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	188	190	150	40
2007	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	163	168	117	51
2008	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER	168	88	50	38
2008	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE	286	191	175	16
2009	MINSA/ ESSALUD/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ HOSP. MUNIC. LOS OLIVOS	206	178	137	41
2010	MINSA, ESSALUD. MINDEF, MININTER, INPE, HOSP. MUN. LOS OLIVOS, PARSALUD	221	303	843	89
TOTAL			781	629	275

Nota: El MINSA como entidad, comprende a las DISA, DIRESA, GERESA, Hospitales Ejecutores y la misma sede central, siendo alrededor de 130 unidades ejecutoras a nivel nacional

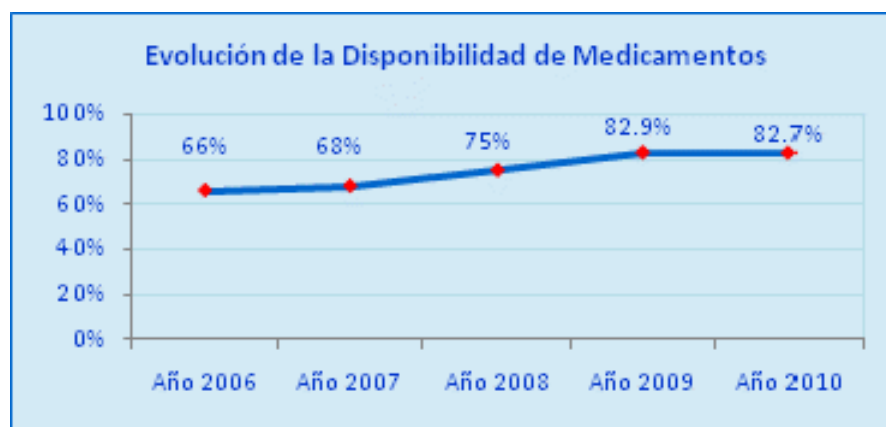
Fuente: Informes POI.

Disponibilidad de Medicamentos:

La disponibilidad de los medicamentos es uno de los elementos esenciales para garantizar el acceso, de ahí que su medición y seguimiento es una tarea importante que despliega personal de la DIGEMID a nivel nacional en coordinación con representantes de todas las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud.

A efecto de medición de los cambios que se espera alcanzar en lo que respecta al acceso a medicamentos, se ha estructurado un indicador de disponibilidad, el mismo que viene siendo medido desde la implementación del SISMED en el 2001 y se refiere a la medición de la disponibilidad de los medicamentos en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional.

La tendencia de este indicador desde el 2006 se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Informes POI

Observatorio de precio:

Otro aspecto que influye en el acceso a medicamentos se relaciona con la información, de ahí que la DIGEMID ha desarrollado un aplicativo informático de consulta de precios denominado **OBSERVATORIO PERUANO DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS**, sistema que permite conocer los precios de venta de los medicamentos en las Farmacias de los Hospitales, Institutos Especializados, Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud, así como los precios en las Cadenas y Farmacias independientes del sector privado. Puede accederse al Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos en la Web de la DIGEMID. A mayo del 2011 ya se habían registrado más de 2100 establecimientos a nivel nacional que ponían a disposición el listado del precio de venta de sus productos.

B. USO RACIONAL

La elaboración del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para el Sistema Público de Salud es una de las estrategias para promover el acceso y uso racional de los medicamentos en el país.

Luego de casi dos años de trabajo por parte de un Grupo de Trabajo Multisectorial y contando con el apoyo y concurrencia de destacados profesionales a nivel nacional e internacional, se aprobó en enero del 2010 el **Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales** mediante R.M. N° 062-2010/MINSA. El Petitorio incluye 428 principios activos en 662 presentaciones farmacéuticas y representa un instrumento técnico normativo base para la prescripción, dispensación, adquisición y utilización de medicamentos en todos los establecimientos del Sector Salud. Asimismo, orienta su adecuada utilización en los diferentes niveles de atención, lo cual contribuirá a que los pacientes que requieran una terapia medicamentosa en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud o en los diferentes sistemas de atención de salud que se brinda en el país, obtengan el objetivo terapéutico individual y social que representa una mejor salud para todas y todos los peruanos.

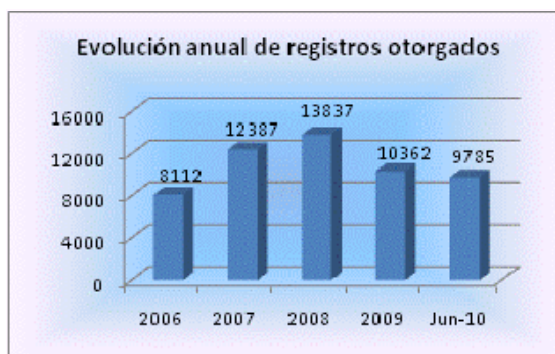
A fin de promover la adherencia al Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNME) y la prescripción de medicamentos en su denominación común

internacional, se distribuyó a nivel nacional un total de 10,000 ejemplares del PNUME de este documento.

C. REGISTRO, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

- *Registro de productos:*

Desde el 2006 a diciembre del 2010 se registraron 54,483 productos farmacéuticos y afines. La cantidad de estos productos, incluyen los rubros: productos farmacéuticos (incluye medicamentos, dietéticos, edulcorantes, productos de origen biológico, galénicos y otros), cosméticos, material, instrumental y equipos de uso médico quirúrgico odontológico, productos sanitarios de uso doméstico etc.



Estas cantidades incluyen los registros tanto de nuevos productos como de las renovaciones del Registro Sanitario.

- **Control y vigilancia sanitaria**

Para el logro de este objetivo se tienen trazadas una serie de actividades que tienen que ver con las acciones de control y vigilancia, esto es, las inspecciones para verificar el buen funcionamiento de los establecimientos y verificar las prácticas de almacenamiento y de fabricación. Entre los años 2006 y 2007 las acciones de control y vigilancia sanitaria estaban mayormente focalizadas en el nivel de Lima y Callao. A partir del 2008, con la asistencia técnica de inspectores de la DIGEMID, los responsables en las DISA y DIRESA intensifican las acciones inspectivas (inspecciones a establecimientos, pesquisa de productos, de anuncios publicitarios y acciones contra el comercio ilegal) ampliándose así la cobertura al ámbito nacional donde los establecimientos farmacéuticos son básicamente boticas y farmacias. Entre estas acciones a nivel local podemos indicar las siguientes:

Acciones de control y Vigilancia Sanitario 2006 - 2010

Acciones de Control y Vigilancia S.	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Inspecciones a laboratorios y droguerías	819	708	686	974	1162	4349
Inspecciones por BPM/BPA	305	331	386	322	359	1703
Control de productos	490	1007	599	816	1160	4072
Pesquisa y evaluación publicitaria	7748	5125	5020	4940	4415	27248
Denuncia por faltas a las normas publicitarias	30	48	37	34	41	190
Monitoreo Actividades inspectivas a DISA/DIRESA			5000	9886	8481	23367
TOTAL	9392	7219	11728	16972	15618	60929

Fuente: Informes POI

D. ELABORACION Y ACTUALIZACION DE NORMAS

La DIGEMID como ente rector y normativo regula las actividades relacionadas a los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, por lo que una de sus funciones es precisamente proponer las normas para su aplicación a nivel nacional. Durante este periodo se emitieron los siguientes dispositivos:

Número	Nombre	Fecha
RM 369-2011/MINSA	Aprueban el Listado de productos farmacéuticos y dispositivos médicos estratégicos y de soporte utilizados en las intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas"	19/05/2011
RM 341-2011/MINSA	Modifican la R.M. N° 040-2010/MINSA, que establece normas referentes al Sistema de Información de Precios de productos Farmacéuticos que debe ser proporcionada por los establecimientos farmacéuticos y aprueban Directiva Administrativa que establece procedimientos para el reporte de precios de los establecimientos farmacéuticos en el Sistema Nacional de Información de precios de Productos Farmacéuticos.	06/05/2011
RM 324-2011/MINSA	Aprueban Listado de Medicamentos Oncológicos para Compra Corporativa Obligatoria para el abastecimiento del año 2012.	27/04/2011
Ley 29675	Ley que modifica diversos artículos del Código Penal sobre Delitos contra la Salud Pública. (Falsificación, contaminación o adulteración de PF, DM y PS)	12/04/2011
DS 004-2011/SA	Aprueban 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	10/04/2011
DS 004-2011-SA	Aprueban 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	09/04/2011
RM 089-2011/MINSA	Disponen la pre publicación en el portal de internet del Ministerio de la Directiva Administrativa que establece el procedimiento para el reporte de precios de los establecimientos farmacéuticos en el Sistema Nacional de Información de Precios de Productos	05/02/2011
D.S. 737-2010-SA	Directiva Administrativa N°-165-MINSA/DIGEMID V.01 Directiva Administrativa para la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura en Laboratorios Nacionales y Extranjeros	22/09/2010
R.M. 552-2010/MINSA	Se aprueba la Directiva Administrativa para la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura en Laboratorios Nacionales y Extranjeros	16/06/2010
D.S. 007-2010-SA	Se ratifica la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento de la Diabetes para efecto de la inafectación del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios	01/04/2010
D.S. 006-2010-SA	Se actualiza lista de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres de pago del Impuesto General a las Ventas y Derechos Arancelarios	01/04/2010
R.M. 040-2010/MINSA	Se dictan normas referentes al sistema de información de precios de productos farmacéuticos que debe ser proporcionada por los establecimientos farmacéuticos públicos y privados	17/01/2010
R.M. 062-2010/MINSA	Se aprueba el "PETITORIO NACIONAL UNICO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES"	27/01/2010
D.S. 015-2009-SA	Se establecen modificaciones al Decreto Supremo N° 019-2001-SA que establece disposiciones para el acceso a la información sobre precios y denominación común de medicamentos	27/11/2009
Ley 29459	Ley de los Productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios	26/11/2009
R.M. 805-2009/MINSA	Se aprueba la Directiva Sanitaria que reglamenta los Estudios	25/11/2009

Informe de Transferencia de Gestión

Número	Nombre	Fecha
	de Estabilidad de medicamentos	
R.D. 092-2009-DIGEMID	Se aprueba la Directiva "Criterios para autorizar inserto en las inscripciones, reinscripciones o cambios de inserto de medicamentos y otros productos farmacéuticos distintos a medicamentos	15/05/2009
D.S. 006-2009-SA	Se establecen Disposiciones Complementarias al Reglamento del Artículo 50° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 001-2009-SA	03/04/2009
D.S. 001-2009-SA	Reglamento del Artículo 50° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud	17/01/2009
D.S. 002-2009-SA	Reglamento del Decreto Legislativo N° 1072 protección de datos de prueba u otros datos no divulgados de productos farmacéuticos	17/01/2009
R.M. 013-2009-MINSA	Se aprueba el Manual de Buenas Prácticas de Dispensación.	17/01/2009
Ley 29316	Ley que modifica, incorpora y regula diversas disposiciones a fin de implementar el acuerdo de promoción comercial suscrito entre el Perú y los Estados Unidos	14/01/2009
D.L. 1072	<u>Protección de Datos de Prueba u Otros no Divulgados de Productos farmacéuticos.</u>	27/06/2008
D.S. 021-2008-SA	<u>Se aprueba el Reglamento de la Ley N° 28905 - Ley de Facilitación del Despacho de mercancías donadas provenientes del exterior</u>	08/02/2008
R.D 253-2007-DIGEMID	Se incorpora el numeral V de la Directiva de Procedimiento sobre Criterios para Clasificar Medicamentos sin Receta Médica (OTC) y para que un Producto de Venta Bajo Receta Médica pueda cambiar a Venta sin Receta Médica.	13/11/2007
R.D.182-2007-DG-DIGEMID	Directiva de procedimiento sobre criterios para clasificar medicamentos sin receta médica y para el cambio de la condición de venta de los medicamentos 'con receta médica' a sin receta médica'	14/08/2007
R.M. 944-2006/MINSA	Dictan disposiciones para que dependencias del Ministerio puedan solicitar Registro Sanitario de productos farmacéuticos y afines, adquiridos mediante compras y convenios celebrados con organismos de cooperación internacional y similares.	07/10/2006
D.S. 031-2006-SA	Modifican Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de productos farmacéuticos y afines.	16/09/2006

Objetivo N° 6: Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general, con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables.

CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo.-

Contenida en la norma técnica N° 050-MINSA DGSP-V.02 aprobada con Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA. La Ley del Aseguramiento Universal de Salud (AUS) señala en forma estricta, el ordenamiento de los establecimientos de salud, referido a la categorización y acreditación de los mismos, con el objetivo de lograr un desarrollo armónico de los servicios de salud para brindar una atención de calidad a los usuarios.

El Ministerio de Salud, a través de la instancia técnica competente, ha impulsado la implementación del mencionado proceso, desde su emisión en junio del 2007, con normativa complementaria y diseño de material técnico didáctico.

La efectiva puesta en marcha del proceso se consiguió con una esforzada preparación; conformación oficial de los equipos de acreditación y evaluadores internos, así como la capacitación de sus integrantes.

Desde el año 2008 hasta el 2010 se cuenta con establecimientos de salud que han iniciado el proceso de acreditación, aplicando la autoevaluación o evaluación interna que es la primera fase del proceso, proyectándose a solicitar evaluación externa y acreditar en un corto y mediano plazo.

Garantías Explícitas de Calidad del Aseguramiento Universal en Salud – AUS

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) ha considerado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) un listado de beneficios, dentro de los cuales se pretende garantizar de forma explícita un conjunto de intervenciones y prestaciones relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad que tienen que ver con la atención básica y las complicaciones de mayor morbimortalidad en las sub etapas de vida del recién nacido, niños menores de diez años y gestantes.

En ese sentido, se ha formulado el Documento Técnico: *Evaluación de Garantías Explícitas de Calidad del AUS*, donde se establecen los criterios de verificación de la atención materna, neonatal e infantil basados en las garantías explícitas de calidad y oportunidad del AUS y normatividad vigente, de aplicación en los diferentes niveles y categorías de atención, el mismo que está en proceso de validación.

Proyecto Infecciones Zero en el marco de la Seguridad del Paciente

El Proyecto Infecciones Zero, tiene el objetivo de contribuir a reducir Infecciones Intrahospitalarias (IIH), asociadas a las Infecciones del Torrente Sanguíneo por inserción de Catéter Venoso Central – CVC en las UCIs de Neonatología, Pediatría y Adultos de 7 hospitales del sector: Instituto Nacional del Niño, Hospitales: Cayetano Heredia, Daniel Alcides Carrión (Callao), Hospitales de EsSalud: Rebagliatti y Almenara, Hospital Fuerza Aérea del Perú - FAP y Privado: Clínica Ricardo Palma. La intervención comprende dos estrategias sencillas y complementarias: la primera establece medidas de buenas prácticas para la inserción y mantenimiento del CVC, y la segunda identifica acciones para mejorar el trabajo en equipo y aprender de los errores con el objetivo de mejorar la cultura de seguridad del paciente, en el marco de las iniciativas para la seguridad de los pacientes impulsados por el Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud y el Hospital Johns Hopkins-EE.UU. El Proyecto se viene implementado desde el mes de Octubre del 2010, contándose con los reportes mensuales, este proyecto tiene como duración 2 años.

Mejora continua de la calidad.-

Actualmente el Ministerio de Salud viene desplegando valiosas iniciativas para mejorar la calidad de atención como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. En ese contexto, el recurso humano de los establecimientos de salud ha sido sensibilizado y capacitado para incorporar la mejora continua en el desarrollo de sus procesos, conociendo herramientas básicas de calidad que les ha permitido diseñar, implementar e institucionalizar experiencias exitosas en el mejoramiento de la calidad de la atención, con efectivo impacto favorable en los usuarios de los servicios de salud.

Estas experiencias exitosas, son seleccionadas en Encuentros Nacionales, para luego facilitar su presentación al Premio Nacional a la Calidad organizado por la Sociedad Nacional de Industrias, en el que venimos participando desde el año 2005.

En el año 2009 dos de los trabajos premiados fueron presentados en Montevideo Uruguay, en el Foro de la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad.

En el año 2010 la Sociedad Nacional de Industrias hizo un reconocimiento especial al Ministerio de Salud por la participación por cinco años consecutivos al Premio Nacional por la Calidad y la contribución a la mejora en los establecimientos de salud como en la sociedad.

Satisfacción de los usuarios externos.-

La autoridad sanitaria regional y local tiene la responsabilidad de garantizar la calidad, supervisar e informar a los usuarios con respecto a la prestación de la calidad del servicio en los establecimientos de salud, con miras a mejorar la satisfacción de los usuarios. En ese contexto se cuenta con herramientas (encuestas) y metodologías, para evaluar la calidad de los servicios en las áreas de consulta externa, hospitalización y emergencia. Estas herramientas y metodologías son: SEEUS (el mismo que se viene implementando a nivel nacional a partir del 2006 al 2010) y SERVQUAL MODIFICADO (que se implementa a partir del año 2011).

Cabe resaltar que a nivel nacional la GERESA/DIRESA/DISA y Hospitales e Institutos a nivel nacional, evaluaron la calidad de la prestación del servicio desde 2006 al 2010, utilizando la herramienta SEEUS:

Grafico 1:

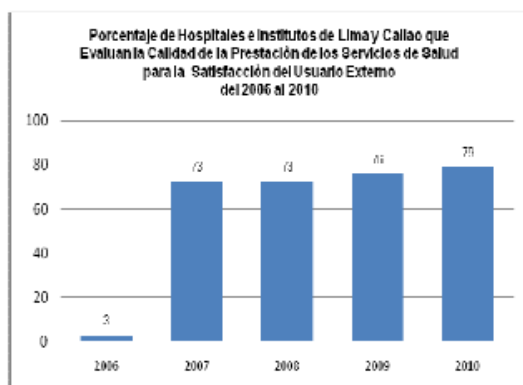
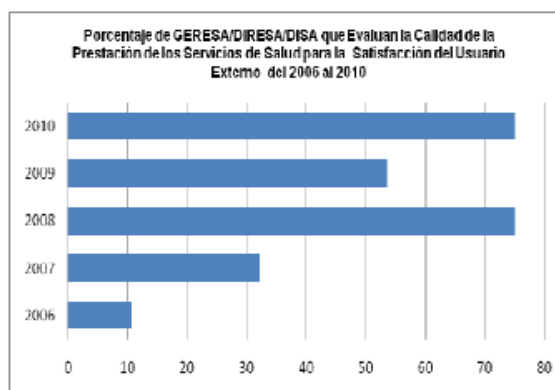


Grafico 2



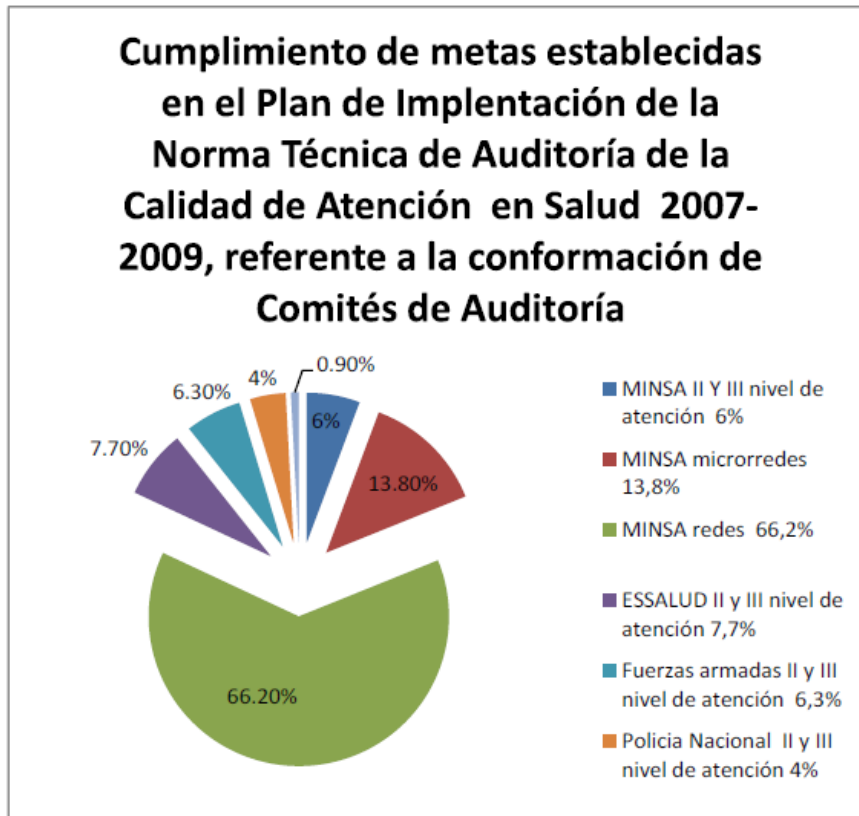
En el presente año, se viene aplicando la herramienta (encuestas) SERVQUAL MODIFICADO, en 13 regiones que comprenden el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Es así que con el apoyo de las regiones se obtendrán resultados que servirán para la toma de decisiones y la mejora continua en los servicios de salud, mejorando la satisfacción de los usuarios.

La metodología SERVQUAL MODIFICADO evalúa el servicio esperado, basándose en las expectativas, el servicio recibido y las percepciones. Diseñada en cinco dimensiones como: Fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles, donde se incluye las principales actividades del proceso de atención y los requisitos de calidad de los usuarios.

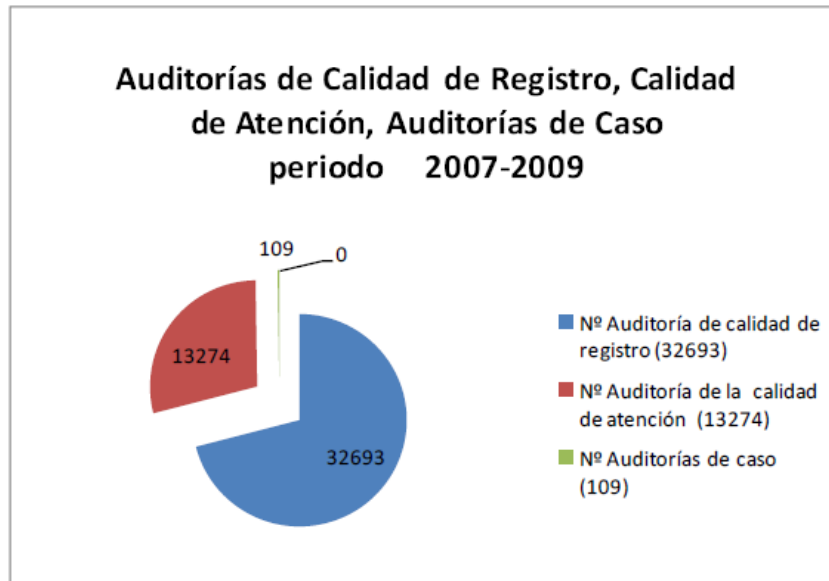
Auditoría de la Calidad de atención en salud.-

La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, tiene la función de diseñar y conducir el Sistema Nacional de Gestión de Calidad en los ámbitos sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad de la

atención en salud. En ese contexto, se aprueba el 23 de junio de 2005 la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud NT N° 029-MINSA/DGSP-V.014. En julio de 2007, se aprueba el Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2007-2009, con el objetivo de establecer los lineamientos para su implementación en las entidades del Sector Salud (Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y sub-sector privado). Los resultados de la evaluación del Plan de Implementación Regional de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2007-2009:

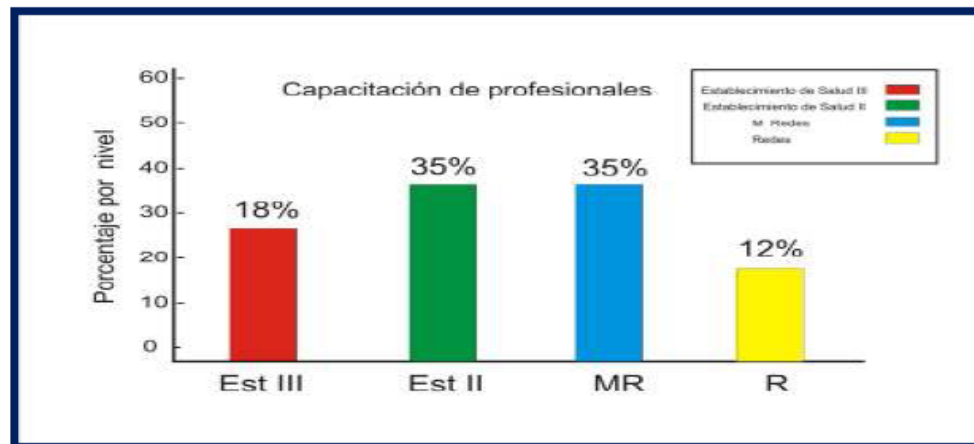


Durante el periodo 2007-2009, los EE.SS. a nivel nacional auditaron un total de 32693 historias clínicas respecto a la Auditoría de Calidad de Registro, 13274 historias clínicas respecto a la Auditoría de la Calidad de Atención y 109 historias clínicas respecto a auditorías de caso, concluidas en las 04 etapas del procesos de auditoría.



En el mes de octubre de 2007, se aprueba la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud, cuya finalidad es contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en la prestación de la atención en los establecimientos del Sector Salud.

En la evaluación del plan anual de auditoría 2010: 468 Profesionales capacitados: por nivel de establecimiento 35% a EESS nivel III, 35% Micro Redes, 18 % EESS nivel III, 12% Red.



Actualización de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y con un enfoque sistemático, estructurado y no centrado en personas contribuye a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud por lo tanto a la mejora de la calidad de atención (en fase de aprobación).

Trato Digno al Usuario.-

Logros alcanzados 2007- 2008

- Elaboración del Plan de implementación de los Módulos del Buen Trato en los establecimientos de salud del Minsa, en concordancia con lo dispuesto en el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad” aprobado por R.M. N° 519-2007/MINSA, en relación al desarrollo de las líneas de acción de Calidad en Salud correspondientes al Sistema de Información y Satisfacción de Usuario.
- La implementación de los Módulos del Buen Trato en Salud MOBUTS se efectúa en 27 de EESS quedando pendiente su implementación en 6 EESS de Lima y Callao del MINSA, lo que en cifras se traduce en un 84.8% de MOBUTS implementados en los EESS de II y III nivel de atención.
- Posteriormente y en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal, las actividades de capacitación se implementaron en las 07 regiones piloto en los meses de Mayo a Julio y que incluye los establecimientos de salud del ámbito de las DIRESAs Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Lambayeque, capacitándose a un número total de 240 participantes, quienes se comprometieron a realizar labor de réplica interinstitucional.

Logros alcanzados 2009

- “Campaña por la calidad de atención, la seguridad del paciente y los derechos ciudadanos en salud”: la cual tuvo como objetivo general “Promover una cultura de calidad y seguridad en la atención en las organizaciones sanitarias públicas y privadas como componente fundamental del derecho de las personas a la salud”.
- En el marco de la Campaña en mención, se elaboró un Plan de Capacitación el cual consistió en un trabajo de sensibilización en el tema de Trato digno al usuario y mejora del clima organizacional, desarrollándose entre los meses de Febrero a Abril 2009, dirigido al personal administrativo y asistencial de los 34 establecimientos de salud de II y III nivel de atención y 30 establecimientos de salud de nivel I- 4 de las DISAS de Lima y Callao, capacitándose a un número total de 772 participantes, quienes se comprometieron a realizar labor de réplica interinstitucional.

Logros alcanzados 2010-2011:

- En el marco de la Política Nacional de Calidad (1°, 3°, 9° y 12° Política) y del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA), se elabora el documento normativo Directiva Administrativa que regula la Gestión de la Dimensión Humana de la Calidad en los establecimientos de salud (en proceso de validación).

SEGURIDAD DEL PACIENTE.-

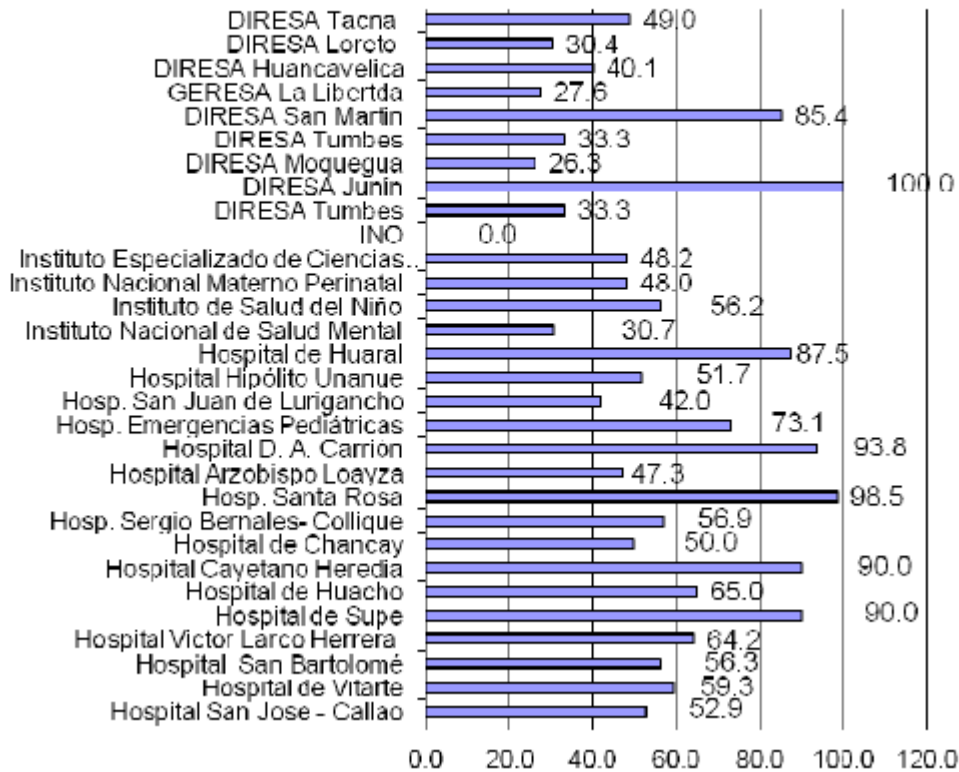
Mediante la Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con el objetivo de estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud. Actualmente en el nivel nacional, se reporta un 76% de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud.

Se cuenta con una plataforma Web de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente, en el portal del Ministerio de Salud.

Se ha realizado una Reunión Nacional por la Seguridad del Paciente en Cuidados de Enfermería, capacitando a 446 enfermeras de todo el país.

El 83.9% de los Hospitales de Lima, 85.7% de los Institutos, 36% de las DIRESA cuentan con Planes de Seguridad del Paciente. Durante el año 2010, se ha logrado el siguiente nivel de implementación de las estrategias por las Seguridad de los Pacientes:

**Porcentaje de Implementación de los Planes de Seguridad del Paciente
Periodo 2010**



SERVICIOS DE SALUD

Preparación y Respuesta de los Servicios de Salud frente a la Pandemia de Influenza A H1N1.

El Perú, mediante Resolución Ministerial N° 854-2005/MINSA aprobó el Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a una Potencial Pandemia de Influenza, siendo el Objetivo general facilitar una respuesta oportuna, contribuyendo a reducir la vulnerabilidad de la población y evitando un exceso de morbi-mortalidad por una potencial pandemia de influenza.

Desde el mes de abril del 2009 el Ministerio de Salud, las Direcciones Generales y el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA), se reunieron en forma

permanentemente para implementar medidas de acuerdo al Plan Nacional de Influenza que se contaba, con 05 componentes: Planificación y coordinación, seguimiento y evaluación de la situación, prevención y contención, respuesta del sistema de salud y comunicaciones.

El Comité Ejecutivo presidido por el Dr. Melitón Arce Rodríguez, Viceministro de Salud, coordinó la preparación del Plan Nacional de Contingencia, condujo las actividades de contingencia en situación de actividad epidémica, evaluó los resultados de las acciones realizadas, informando a la opinión pública sobre la situación de la pandemia y de las acciones de control, manteniendo estrecha vinculación con el Comité de Apoyo Técnico, con presencia de representantes de todos los prestadores en salud.

La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Servicios de Salud, en el marco de la implementación del Cuarto Componente, Respuesta del Sistema de Salud, buscó optimizar la organización de los servicios de salud en la preparación y respuesta y el fortalecimiento de las medidas de bioseguridad y control de infecciones; correspondiendo en este marco regular los procesos de atención y asegurar la provisión de equipos de protección personal e insumos para la higiene de manos. Conforme avanzaba la epidemia se realizaba modificaciones en la regulación. Las principales actividades realizadas fueron:

- "Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Influenza por Virus A H1N1" (Resolución Ministerial N° 326-2009/MINSA).
- Modificaciones a la Guía Técnica "Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Influenza por Virus A H1N1" - (Resoluciones Ministeriales N° 352, 431, 450-2009/ MINSA)
- Directiva Sanitaria N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva Sanitaria para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de Influenza en los Establecimientos de Salud a Nivel Nacional en la Etapa de Mitigación de la Pandemia de Influenza por Virus A (H1N1)" - (Resolución Ministerial N° 492-2009).
- Comisión Sectorial de evaluación clínico - epidemiológica de las muertes relacionadas a la Influenza A (H1N1) en el Perú - (Resolución Ministerial N° 626-2009/MINSA).
- Guía Técnica: "Atención de la Paciente Gestante con infección respiratoria aguda por virus de influenza en los establecimientos de salud" - (Resolución Ministerial N° 724- 2009/MINSA).
- Guía Técnica: "Atención de Insuficiencia Respiratoria Aguda en Pacientes con Influenza" - (Resolución Ministerial N° 503-2010/MINSA).

Tratamiento Antiviral: El Ministerio de Salud, a través de la DIGEMID, adquirió oportunamente 106 000 tratamientos de Oseltamivir (Tamiflu) de distribución gratuita que se distribuyeron en todos los establecimientos en Lima, Callao y regiones del país, haciendo un total 88 594 tratamientos antivirales distribuidos en todo el Perú.

Vacuna contra la Influenza AH1N1: El Ministerio de Salud está adquiriendo 3 287 000 vacunas contra Influenza A (H1N1) que están destinadas a los grupos de riesgo como son: mujeres embarazadas, personas con co-morbilidad o factores de riesgo y trabajadores de salud. Todos estos insumos han sido remitidos a todas las DISAS, DIRESAS y GERESAS a nivel nacional.

CENTRAL NACIONAL DE REFERENCIAS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CENARUE

En el marco de la Norma Técnica N° 018-2004/MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de Ministerio de Salud”, en el 2007 con Resolución Ministerial N° 866-2007/MINSA, se conforma con carácter temporal la Unidad Funcional Central Nacional de Regulación de las Referencias de Emergencias – CENAREM, encargada de diseñar, regular, organizar e implementar el proyecto piloto de las referencias de emergencias a nivel nacional y la precitada Unidad Funcional tendría una duración no mayor de un año.

Dicha Central se organizó en dos niveles operacionales:

En la Sede Central y en 06 Unidades Hospitalarias (que funcionaban en los servicios de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA) y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión).

Asimismo se diseñaron 02 software:

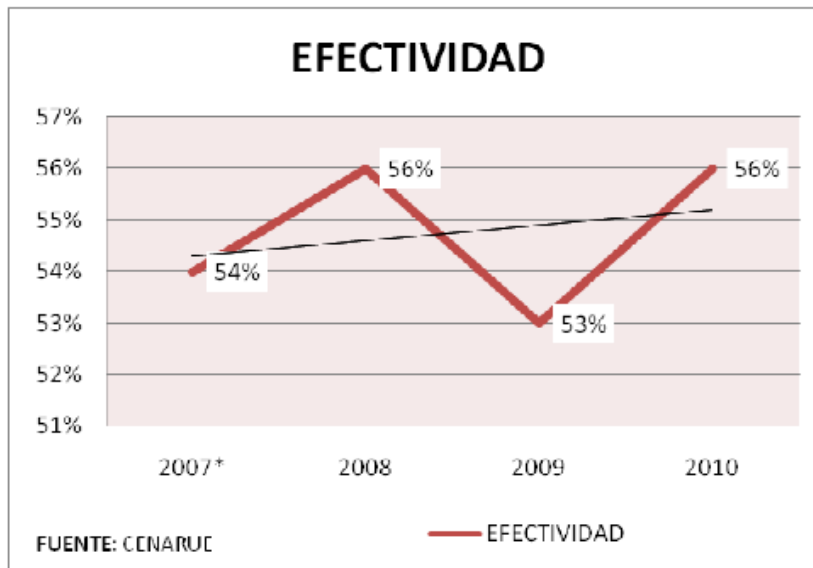
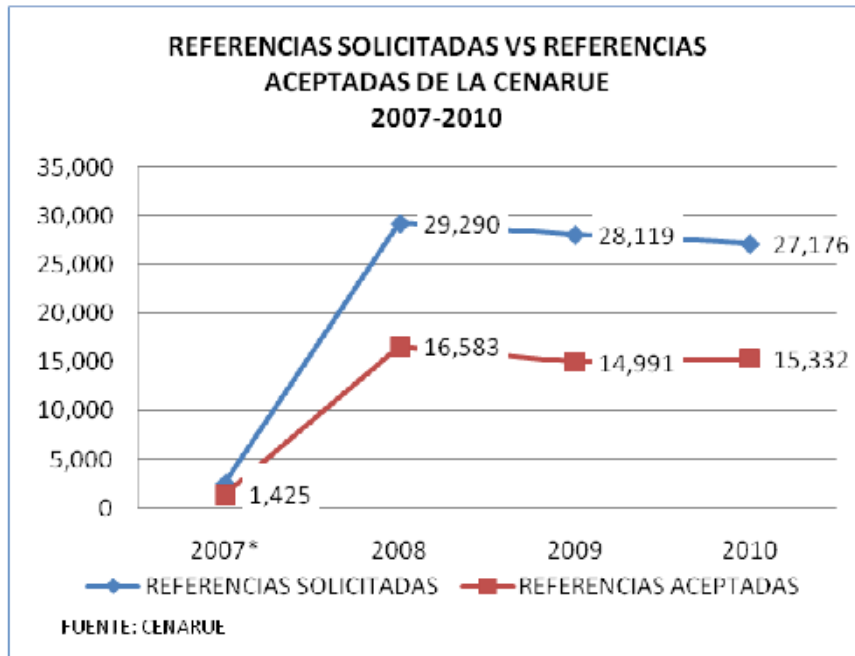
- El CENARUE virtual, que permite la actualización on-line de la cartera de servicios de los hospitales de Lima y Callao;
- El Sistema REFCON el cual permite realizar las referencias y Contrarreferencias on-line.

En el 2008, con Resolución Ministerial N° 731-2008/MINSA, se modifican los artículos 1° y 2° de la Resolución Ministerial N° 866-2007/MINSA, precisando una duración de dos años, para la Unidad Funcional temporal.

En el 2009, se apertura una sede de la CENAREM en el Hospital Nacional Hipólito Unánue. Además se emite la Resolución Ministerial N° 266-2009/MINSA, que modifica la denominación de “Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencias – CENAREM” por “Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias - CENARUE”.

En el 2011 con Resolución Ministerial N° 183-2011/MINSA, se conforma la Unidad Funcional Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias – CENARUE, en la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, hasta la aprobación del Manual de Organización y Funciones de dicha Dirección de Servicios de Salud.

Desde la conformación de la Central de Referencias, se ha evidenciado un crecimiento proporcional de las solicitudes de referencias y la aceptación de las mismas, presentando una tendencia ascendente de las aceptaciones.

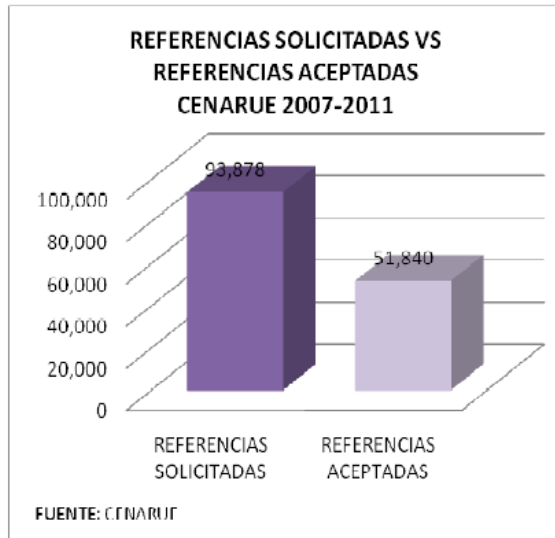


En ese sentido la efectividad de la CENARUE desde su conformación ha sido superior al 54 %, manteniendo la tendencia ascendente.

La CENARUE ha sido participe en hechos de gran importancia como la atención de la pacientes accidentados, producto de la caída del puente colgante de la provincia de Coracora en la Región de Ayacucho, en abril del 2009.

En el 2009, durante la Epidemia A H1N1 la CENARUE tuvo una participación activa en el monitoreo, registro y seguimiento de pacientes con diagnóstico de influenza A H1N1. Además, se proporcionaba la información sobre disponibilidad de servicios de salud para la atención de diversos casos y la referencia de los pacientes.

La CENARUE, desde su implementación se ha consolidado como el ente nacional para las coordinaciones de referencias de urgencias y emergencias, coordinando un total de 51,340 referencias de 93, 878 solicitudes.



Registro Nacional de Establecimientos de Salud - RENAES

- En el año 2010, se implementó el Software RENAES y se registro el 100% de establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales.
- En el año 2011, se logró avances en el Registro del Software RENAES de los establecimientos de salud de la Sanidad FFAA y FFP, EsSalud y privados. Asimismo, en este año se logró la interoperatividad del Software RENAES con otros aplicativos del sector público (MEF, SIS).

Se aprobaron las siguientes normas:

- ✓ Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA - Norma Técnica de Servicios de Emergencias de Hospitales del Sector Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 539- 2006/MINSA - Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 597- 2006/MINSA - Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (Segunda Versión). NT N° 022-MINSA/DGSPV. 02.
- ✓ Resolución Ministerial N° 251-2007 - Directiva Administrativa N° 109-MINSA-OGGRH-DGSP-V 01 "Directiva Administrativa para regular la ampliación del horario de atención de pacientes en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud".

- ✓ Resolución Ministerial N° 472-2007/MINSA - Directiva Administrativa que regula el pintado externo de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA “Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA - Norma Técnica de Salud de la UPS de Hemodiálisis.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1013-2007/MINSA - Norma Técnica de Salud de la UPS Tratamiento del dolor.
- ✓ Resolución Ministerial N° 315-2007/MINSA - Directiva Administrativa Flujogramas de Procesos de Atención de Afiliados del Seguro Integral de Salud en los Establecimientos MINSA.
- ✓ Resolución Ministerial N° 235-2007/MINSA - Directiva Administrativa que regula el Otorgamiento de Constancias de Evaluación Médica a Escolares en Centros y Puestos de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 251-2007/MINSA - Directiva Administrativa para regular la ampliación del horario de atención de pacientes en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 384-2008/MINSA - Directiva Administrativa N° 131-MINSA/DGSP/OGEI-V.01. Directiva Administrativa para la implementación y Mantenimiento del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES).
- ✓ Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 067- MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud en Telesalud”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 336-2008/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 065-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de pacientes por Vía Aérea”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 337-2008/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 066-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 326-2009/MINSA mediante la cual se aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Influenza por Virus A H1N1.
- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba la Norma Técnica de Medicina de Rehabilitación
- ✓ Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de IIH con énfasis en la atención materno neonatal 2009-2012.

- ✓ Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 081-MINSA/DGSP V.01, Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipos AISPED).
- ✓ Resolución Ministerial N° 492-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba la Directiva Sanitaria para el Diagnóstico y Tratamiento de Influenza en los Establecimientos de Salud a Nivel Nacional – Etapa de Mitigación de la Pandemia de Influenza por Virus A H1N1.
- ✓ Resolución Ministerial N° 724-2009/MINSA - Guía Técnica “Atención de la Pacientes Gestantes con infección respiratoria aguda por virus de influenza en los establecimientos de salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 503-2010/MINSA. Aprueba Guía Técnica: “Atención de Insuficiencia Respiratoria Aguda en Pacientes con Influenza”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 278-2011-MINSA, mediante la cual se aprueba el documento técnico “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, mediante la cual se aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP.V.02 Norma Técnica de Salud “Categorías de los establecimientos del sector salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 609-2010/MINSA, mediante la cual se autoriza a partir del 01 de Agosto de 2010 y por el plazo de seis (06) meses, el funcionamiento de los Servicios de Salud Bajo Tarifario Diferenciado.
- ✓ Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, mediante la cual se aprueba el Documento Técnico “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA que aprueba la NTS para la Atención Anestesiológica.

PRONAHEBAS

REGIONALIZACIÓN DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE

En 1943, la Cruz Roja Peruana crea en el Perú el primer Banco de Sangre, en el Hospital Dos de Mayo, quedando instalado en el Laboratorio de Patología Clínica, este modelo de ubicación continuó implementándose en los Bancos de Sangre de creación posterior.

En el transcurso de los años, el número de Bancos de Sangre y Centros de Hemoterapia, se ha incrementado considerablemente y a fines de 2010, se cuenta con 232 inscritos en el PRONAHEBAS.

Bancos de Sangre y su distribución por tipo y sector a nivel nacional:

Subsector	Banco de Sangre Tipo I	Banco de Sangre Tipo II	Total	%
MINSA	60	44	104	44.82
EsSalud	34	22	56	24.13
FF.AA	2	3	5	2.15
PNP	2	2	4	1.72
Privados	46	17	63	27.15
Total	144	88	232	99.99

FUENTE: PRONAHEBAS/DGSP/MINSA 2011

Este alto número de Bancos de Sangre y Centros de Hemoterapia, produce una atomización y en adición la mayoría de ellos carecen de infraestructura y equipamiento adecuados, por lo tanto la calidad del producto no es óptimo, sumado a la escasez de recursos humanos y falta de estandarización en el desarrollo del tamizaje, los hacen poco eficaces y costosos.

Avance de los Bancos Regionales Centralizados:

Regiones	Nivel de Avance				Terminado
	X	XX	XXX	XXXX	
San Martín	Se inició en agosto del 2009				Se entregó en junio del 2010
Cusco					
Arequipa					
La Libertad					
Ayacucho	Se inició en Junio 2009				Se entregó en diciembre del 2010

FUENTE: PRONAHEBAS/DGSP/MINSA 2011

Ante ello se ha realizado visitas de abogacía en los espacios regionales para la construcción de Bancos de Sangre Regionales Centralizados, teniendo como resultado a la fecha la red regional de Bancos de Sangre de San Martín, conformada por el Banco de Sangre Centralizado de San Martín y su relación dinámica con los Centros de Hemoterapia tipo I, públicos y privados de la región y la construcción del Banco de Sangre Centralizado de Ayacucho. De otro lado en las regiones de Arequipa, Cusco y La Libertad se ha logrado el compromiso de las autoridades regionales, evidenciado por las reuniones de coordinación al interior de cada región con el fin de obtener un ordenamiento regional del sistema de abastecimiento de sangre y las gestiones para la formulación del proyecto de inversión pública para la construcción de los Bancos de Sangre Regionales Centralizados.

DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE

La transfusión sanguínea es una importante alternativa terapéutica, que en determinados casos es la única opción para mantener con vida a aquellos pacientes expuestos a patologías o eventos que pongan en peligro la vida.

El principal problema que sufren los Bancos de Sangre a nivel mundial es el desabastecimiento de unidades de sangre así como la inseguridad sanguínea. En el Perú, la donación voluntaria sólo llega a ser el 5% y por eso urge la necesidad de incrementarla progresivamente.

Año	Total atendidos	Diferidos permanentemente	Diferidos temporalmente	Muestras extraídas	Muestras reactivas	Unidades aptas
2006	281,658	25,499	60,020	196,139	24,347	171,792
2007	208,292	15,614	62,761	189,887	17,743	172,144
2008	284,227	16,239	71,632	196,356	17,419	178,937
2009	317,756	40,913	55,582	221,266	23,141	198,125

FUENTE: PRONAHEBAS/DGSP/MINSA 2011

Las necesidades de sangre en nuestro país están relacionadas a diversas patologías que ponen en riesgo la salud y la vida de las personas, un ejemplo claro de ello es la muerte materna cuya primera causa es debido a hemorragias en aproximadamente un 49%. De otro lado la posibilidad de un sismo de gran magnitud o desastre natural al que se encuentra expuesto nuestro país, nos coloca ante una situación de gran vulnerabilidad.

Si bien se ha ido incrementando en forma progresiva a lo largo de estos últimos años la obtención de unidades de sangre, se tiene el reto de alcanzar la suficiencia de sangre en condiciones de seguridad y oportunidad, teniendo como meta el 1% de la población peruana y que ésta proceda de donantes de sangre voluntarios y habituales; personas que donan su sangre de manera voluntaria y sin esperar un regalo o pago a cambio, tipo de donación que además está asociada a un menor riesgo de contagio de enfermedades que puedan ser transmitidas por la sangre.

Documentos Normativos 2006 – 2011:

- ✓ Resolución Ministerial N° 1191-2006/MINSA, que aprueba la Directiva N° 011-MINSA/DGSP-V.01 "Requisitos Mínimos para la Obtención de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre".
- ✓ Resolución Ministerial N° 628-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Política del PRONAHEBAS".
- ✓ Resolución Ministerial N° 210-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria para la suscripción de convenios interinstitucionales entre Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

Proyectos de Inversión

La Política de Inversiones cuenta en la actualidad con el marco normativo e instrumental requerido para su concretización. La inversión pública en salud actualmente está normada por la Ley 28802 Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, el Reglamento y

Directiva General y normas complementarias; así como por las Leyes Anuales de Presupuesto y de Endeudamiento del Sector Público.

Adicionalmente a dichos dispositivos, emitidos por el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de sus instancias técnicas, el Ministerio de Salud cuenta con el marco conceptual sobre acreditación de establecimientos, jerarquización por niveles de complejidad, desarrollo de redes de servicios, así como por las normas sobre requerimientos técnicos de infraestructura y equipamiento.

La Oficina de Proyectos de Inversión (OPI) de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud, conduce el proceso de inversión en Salud; así mismo, realiza la funciones de Oficina de Programación de Inversiones del Sector Salud (OPI Salud), en el marco de lo establecido en el Sistema Nacional de Inversión Pública.

El Ministerio de Salud en su calidad de ente normativo rector, mediante R.M. N° 993-2005/MINSA aprobó los Lineamientos de Política Sectorial para las Inversiones en Salud, con la finalidad de contar con directrices claras para el desarrollo de las inversiones necesarias, acordes a las prioridades, modelos de atención integral, organización sectorial y al proceso de descentralización.

Las disposiciones precitadas tienen como objetivo regular la inversión, para que éstas contribuyan a resolver los principales problemas de salud en el marco de los lineamientos de política sectorial, articulando capacidades de los diferentes agentes del sector.

Si bien es cierto este documento se constituye en un elemento orientador de las inversiones, éstas aún se orientan básicamente a la optimización de la capacidad instalada a través de intervenciones relacionadas con la mejora de la infraestructura física y el equipamiento de los establecimientos de salud.

- ✓ Tenemos ejecución de proyectos de inversión en varias regiones del país, referidos al fortalecimiento de infraestructura o creación de nuevos establecimientos, del primer y segundo nivel de atención.
- ✓ Proyectos Prioritarios: los Proyectos Hospital Regional de Ica, Santa María del Socorro, Hospital de Pisco y el nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, se constituyen en prioritarios por su naturaleza e impacto en la salud de la población de la Región Ica así como la población pediátrica a nivel nacional, respectivamente.
- ✓ Para el 2006, se concluyeron tres (03) obras que corresponden a los siguientes Proyectos de Inversión provenientes del periodo 2006:
 - Mejoramiento y Ampliación de los Servicios de Salud de Centro de Salud Mirones V Lima Ciudad.
 - Mejoramiento del Acceso a Servicios de Base Médicos y Psico-Sociales de las poblaciones desfavorecidas de las zonas altas de Huaycán, en Ate.
 - Remodelación y Acondicionamiento de Infraestructura Adopción de Nuevas Tecnologías y Equipamiento de la Unidad Central de Esterilización del Hospital Dos de Mayo.
- ✓ En el 2007 se realizó la evaluación del estado situacional de la infraestructura y mantenimiento de los establecimientos de salud afectados por el desastre del 15 de agosto del 2007 en la Región Ica. Durante el período en mención, se realizaron actividades de Asistencia Técnica a los establecimientos de salud a nivel de las

regiones y de Lima y Callao, fortaleciendo capacidades técnicas en la gestión de los recursos físicos así como en la implementación del marco normativo y estándares en infraestructura, equipamiento y mantenimiento así como del saneamiento físico legal correspondiente.

- ✓ Entre Enero y Junio del 2009, el MINSA equipó a 79 ambulancias incluyendo 18 entregadas el año 2008. Se verificaron y entregaron 61 ambulancias a DIRESAs de varias regiones del país.
- ✓ Adquisición de 03 Hospitales de Campaña: se recibieron y verificaron 03 Hospitales de Campaña adquiridos a través de UNOPS, 01 con financiamiento de la Cooperación Técnica del Fondo Contravalor Perú – Japón y 02 con Recursos Ordinarios, disponiéndose su asignación para el manejo de contingencias y desastres de la Macro Centro (Sede Lima con destino Ica en el marco del Plan de Contingencia para la construcción del Hospital Regional de Ica), la Macro Norte (Sede Lambayeque) y la Macro Sur (Sede Arequipa).
- ✓ En el marco de la implementación del AUS, se realizó la identificación de brechas en infraestructura física y equipamiento in situ de los EESS priorizados de las Regiones de Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Junín, Amazonas, Loreto, La Libertad, Piura, Lima y Callao, realizando un diagnóstico de la situación actual y proponiendo mejoras en la oferta de servicios de salud en cuanto a infraestructura física, equipamiento y planes de mantenimiento en infraestructura física y equipamiento, a fin de brindar información útil para la toma de decisiones.
- ✓ Para el 2011, se identificó la Línea de Base para el Fortalecimiento de Primer Nivel de Atención en las regiones de Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Junín, Amazonas, Loreto, La Libertad, Piura, Lima. Monitoreo y evaluación in situ de la conservación de la infraestructura física, equipamiento de los EESS priorizados, plan de mantenimiento y verificación de los documentos de registro y saneamiento físico legal de los EESS.
- ✓ Se elaboró el documento Política Nacional de Hospitales Seguros, el cual fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 07-2010-SA.
- ✓ Actualmente, se desarrollan actividades de seguimiento y monitoreo de las grandes inversiones en los establecimientos del país:
 - Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, Tercer Nivel de Atención, 8vo Nivel de Complejidad, Categoría III-2, Lima-Perú. Para el 2010 se ejecutaron 30,556 m² (100% de la meta programada para ese período). El porcentaje de avance total alcanzado al 30 de Abril del 2011 es de 88.84%. Se encuentra en trámite una ampliación de plazo solicitada. Para el 2010 se adquirieron 12,305 equipos (84%) de un total de 14,719. Actualmente en proceso de adquisición.
 - Fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del Hospital Regional de Ica - DIRESA Ica. Para el 2010 se ejecutaron 21,084.17 m² de un total de 20,540 m² (103% de la meta programada para ese período). Al 30 de Abril del 2011, los trabajos ejecutados han alcanzado un Avance Acumulado ejecutado real al 75.44%, siendo el termino de obra el 15 de Julio del 2011. Para el 2010 se adquirieron 5830 equipos (60%) de un total de 9713. Actualmente en proceso de adquisición.
 - Reconstrucción de la infraestructura y mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica. Para el 2010 se ejecutaron 11,612 m² (100% de la meta programada

- para ese período). Al 30 de Abril 2011 el Avance de Obra es de 69.93%, siendo el término de obra el 05 de setiembre del 2011 (incluyendo ampliación de plazo). Para el 2010 se adquirieron 3,271 (62.76%) equipos de un total de 5,690. Actualmente en proceso de adquisición.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del Hospital San Juan de Dios de Pisco - DIRESA Ica. Para el 2010 se ejecutaron 10,917 m² (100% de la meta programada para ese período que fue de 10,914 m²). Al 30 de Abril 2011 el Avance de Obra es de 76.70%, siendo el término de obra el 31 de mayo del 2011. Para el 2010 se adquirieron 2,728 (62%) equipos de un total de 4,401. Actualmente en proceso de adquisición.
 - Construcción del Pabellón para Cuidados Intensivos e Intermedios, Banco de Sangre, Unidad Central de Esterilización y Servicio de Alimentación Central del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Para el 2010 se ejecutaron 3,988 m² habiéndose concluido la obra al 100% de lo programado. Se están realizando adicionales complementarios a la obra, siendo un avance a la fecha de 65%. Para el 2010 se adquirieron 24 equipos (13%) de un total de 183 programados para ese año. En proceso de adquisición. Total programados del PIP 491 equipos.
 - Mejoramiento de la capacidad resolutive del EESS Nazarenas de la Microrred Nazarenas – Huamanga, Ayacucho.
 - Reemplazo de la infraestructura del Centro de Salud Tambo, Microrred Tambo, Red Ayacucho Norte – II Etapa.
 - Mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del Centro de Salud San Clemente de la Microrred San Clemente, Red N° 2, Chíncha – Pisco, DIRESA Ica.
- ✓ La Ley 28880, le otorgó al sector Salud S/. 125'695,000 (Administración Central) y adicionalmente S/. 123'993,548 por encargo de los Gobiernos Regionales y además S/. 5'324,118 que fueron transferidos a las Direcciones de Salud del MINSA.
- De ello, en el marco del Shock de Inversiones, se convocó a nivel nacional procesos por un total de S/. 222'365,907, monto destinado a equipamiento de emergencia, UCI general, UCI neonatal y sala de operaciones.
- Durante el periodo 2007, se suscribieron todos los contratos derivados del Shock de Inversiones, a nivel nacional, por un monto total adjudicado que asciende a S/. 129'534,205.26, versus un valor referencial de S/. 149'201,592.27, lo cual generó un ahorro de aproximadamente 13% (S/.19,667,387.01).
- Se han ejecutado 782 proyectos de inversión, beneficiando a 356 establecimientos de salud; entre hospitales, centros de salud, puestos de salud e institutos especializados. La cantidad de equipos adquiridos asciende a 11,291.
- Se dispuso la utilización de los ahorros obtenidos producto de las economías de escala logradas por la modalidad de compras corporativas, para el financiamiento de proyectos declarados viables por las Regiones.
- Luego, mediante Decreto Supremo N° 040-2008-EF, se aprobó el Crédito Suplementario para el año 2008, considerando al Ministerio de Salud con un monto de S/. 30'368,634.00, así como mediante Resolución Ministerial N° 215-2008/MINSA se aprobó el desagregado de los recursos para la continuidad de las

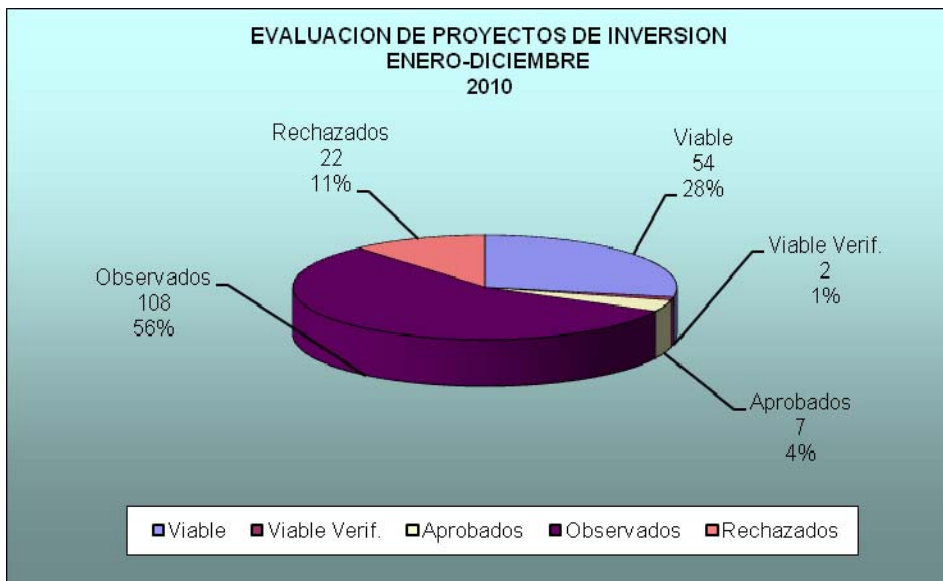
inversiones, en el que solo estuvieron incluidos las Unidades Ejecutoras de Lima y Callao, así como las ambulancias cuyo proceso se encargó a PNUD.

Así, según la información remitida por los Gobiernos Regionales / Direcciones Regionales de Salud correspondientes, las Unidades Ejecutoras que estarían participando en los procesos correspondientes a las segundas y terceras convocatorias son: Ancash, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Huanuco, Junín, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Piura, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali, así como las DIRESAS de Lima y Callao. En tal sentido, las que no participan en estos procesos son: Apurímac, Amazonas, Cajamarca, Huancavelica, Ica, Pasco y Puno.

Los procesos cuya ejecución en segunda o tercera convocatoria se programaron fueron:

- Adquisición de Equipos Biomédicos para Monitoreo y Diagnóstico:
 - Adquisición de Mobiliario Médico.
 - Adquisición de Equipos de Neonatología y Bombas de Infusión (Bomba de Infusión de Tres canales y Bomba de Infusión Dual.
 - Adquisición de Grupos Electrógénos (Grupo Electrógeno B 70 KVA y Grupo Electrógeno C 150 KVA.
 - Adquisición de Equipamiento Médico para Ambulancia Tipo I y II.
- ✓ Asimismo se ha elaborado 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 (en proceso de aprobación).
- ✓ 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 misma tiene como objetivo establecer los lineamientos metodológicos para la elaboración del Plan Maestro de Inversiones en hospitales e institutos, y orientar la asignación eficiente de recursos.
- ✓ Asistencia técnica continúa a nivel nacional a las Unidades Formuladoras y Ejecutoras de PIP, bajo diversas modalidades de intervención: visitas, absolución a consultas. En particular en el periodo 2009-2011, se ha apoyado especialmente a las regiones de los ámbitos de implementación del Aseguramiento Universal en Salud, en la identificación de brechas de oferta y en la formulación de proyectos de inversión pública en salud. En este último caso, se apoyó la formulación de PIP de mejora de establecimientos del primer nivel y de casas de espera materna, los cuales además se han apoyado financieramente, a través de diversos dispositivos (DU-014-2009, DU-023-2011, DU-029-2011, entre otros). También se ha apoyado a través de recursos para mejora de equipamiento (reposición) y para mantenimiento de 7,111 establecimientos de salud del primer nivel y de Hospitales II-1 a nivel nacional..

- ✓ 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.



- ✓ La Oficina de Proyectos de Inversión durante el año 2010, continuó como Secretaría Técnica y 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 la Programación Multianual de Inversión Pública 2010-2012.

Objetivo N° 7: Fortalecer el rol de Rectoría en los diferentes de gobierno.

El Consejo Nacional de Salud, integrado por el Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Clínicas Privadas, Colegio Médico del Perú, Asociación de Municipalidades del Perú, Ministerio de Vivienda y Construcción, Asamblea Nacional de Rectores, Organizaciones Sociales de la Comunidad, en su 106º sesión ordinaria acordó: respaldar las acciones del Ministro de Salud, Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, dirigidas a cautelar que las inafectaciones legales (exoneraciones de tributos sin plazo legal de vigencia) establecidas por la Ley N° 27450 desde el año 2001, se reflejen en precios de venta a favor de quienes sufren daños por cáncer, las mismas que se resumen en:

- Creación de la Comisión de monitoreo, con MEF, INDECOPI, SUNAT y MINSA.

- Impulsar compras directas de medicamentos oncológicos a la OPS, utilizando el fondo estratégico.
- Obligatoriedad de todo el sector público para participar en compras corporativas del MINSA.
- Evaluar la utilización de las salvaguardas aprobadas en Doha, para la importación paralela.
- Asegurar la vigencia de procesos transparentes en el control de calidad y adquisición de medicamentos.

Afirmar que los medicamentos genéricos que adquiere el MINSA así como las instituciones que integran el Consejo Nacional de Salud, en particular productos oncológicos, gozan de calidad suficiente para garantizar los efectos buscados con su prescripción.

Gestión de Recursos Humanos por Competencias.

Con Resolución Ministerial N° 1178-2006/MINSA se aprueba la conformación del Comité Nacional de Normalización de Competencias Laborales (CNCLS) y Comité Técnico Nacional de Normalización de Competencias Laborales en Salud (CTNCLS). Donde el Comité Técnico Nacional de Normalización de Competencias Laborales en Salud, es presidido por la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Gestión Sanitaria. La función de la primera instancia, destinada a conducir el proceso de formulación de las competencias y su implementación, mientras que la segunda instancia estuvo encargada de la conducción técnica del proceso. Estos Comités realizaron el trabajo de diseño del mapa funcional, las respectivas competencias y normas de competencia laboral, después de hacer un análisis de experiencias previas.

En ese mismo año, se dio la 1ra. Reunión Técnica Nacional sobre Competencias Laborales para el primer nivel de atención de salud en el marco del MAIS, con la participación de Direcciones Regionales de Salud (Amazonas, Arequipa, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, Lambayeque, Pasco, Ucayali), Direcciones del MINSA, Colegios profesionales (Medicina, Enfermería y Obstetricia), representantes de las sanidades de las FF.AA. y Policiales, EsSalud y agencias cooperantes; en esta reunión se socializó la metodología del análisis funcional, se trabajó el Mapa Funcional en función de las etapas de vida de la persona de acuerdo al MAIS, siendo la unidad de análisis el primer nivel de atención (inicialmente categoría I-2), cuyo producto final fue la elaboración del Documento Técnico: "Mapa de Competencias Laborales para el Primer nivel de Atención" (en proceso de aprobación).

En julio del 2007, se aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud, que también incorporó el tema de competencias en su sexto lineamiento, y en su objetivo estratégico "Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población" y en las metas para el 2011 se consideró la implementación en las regiones del modelo de gestión por competencias.

En el periodo 2009-2010, la DGSP a través de la Dirección de Gestión Sanitaria y La Dirección de Gestión del Trabajo (DGGDRH), conforman el Equipo Técnico de Competencias Laborales del Ministerio de Salud, enfocadas a fortalecer el primer nivel de atención, con la participación conjunta de órganos de línea del Ministerio (DGSP, DGPS, DIGEMID y DIGESA). Es así, que se realiza la Capacitación Nacional en Competencias mediante el curso-taller “Metodología de Identificación, Normalización y Evaluación de Competencias Laborales en Salud”, con el objetivo de formar facilitadores para conducir el proceso de formulación de competencias en el MINSA y en las regiones, esta capacitación se realizó por espacio de un mes, con una fase presencial y no presencial a través de un aula virtual. Producto de este curso taller se capacitaron a 73 facilitadores, que integraba al nivel nacional y nivel regional.

Asimismo, se encuentran en proceso de aprobación los Documentos Técnicos:

“Perfiles Profesionales y Normas de Competencias Laborales para el Primer Nivel de Atención” y “Sistematización del Proceso de Competencias Laborales en Salud.

Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

El proceso se inicia en el año 2010, con la conformación de la mesa de trabajo “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada”; coordinada por el Despacho Ministerial, presidida por la Dirección General de Salud de las Personas. El documento fue aprobado con Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA.

En ese mismo año, los miembros de la comisión definen el diseño del Anteproyecto del Documento Técnico denominado: “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021”, acorde a la norma precitada, la misma que fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA.

Gestión de la Cogestión y Participación Ciudadana.

En el mes de enero del 2006, el Ex Programa de Administración de Acuerdos de Gestión transfirió a la Dirección General de Salud de las Personas la conducción de los establecimientos de salud del primer nivel de atención con modelo de Asociaciones CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) que involucran a 764 CLAS, con 2,155 establecimientos en el 80% de ámbitos de pobreza, con la Administración Compartida y la cogestión de 4,584 líderes locales.

En ese mismo año, se actualizó la normatividad legal de la Administración Compartida de los establecimientos de salud del Nivel Básico de Atención con la promulgación de la Resolución Ministerial 698- 2006/SA, donde se aprueba la “Directiva Administrativa que norma los Procedimientos para la Aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA”, esta última norma tiene la finalidad de contribuir a ampliar la cobertura y mejora los servicios en los Centros de Puestos de Salud, potenciando los recursos del Estado y de la comunidad organizada.

Entre los años 2006 y 2007, los CLAS obtenían financiamiento principalmente del Tesoro Público a través de las Transferencias del Ministerio de Salud directamente a las Cuentas Corrientes de cada CLAS, para el pago de remuneraciones de 5 267 trabajadores de salud. En el año 2007, se desarrolló el proceso de transferencia presupuestal a los Gobiernos Regionales del monto de S/.62 512 189.34 en el marco de la Descentralización sectorial.

En el año 2007, se promulga la Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones, Ley N° 29124, Ley que establece el marco general de la cogestión y participación ciudadana para los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de las Regiones, para contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad y acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada, en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud, y en concordancia con el proceso de descentralización.

En el año 2008, con Decreto Supremo N° 017-2008-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley N° 29124, que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones, el cual permitirá atender la necesidad sentida de 2 152 establecimientos CLAS en todo el país. Para la formulación del mismo, se llevaron a cabo reuniones y encuentros nacionales, en forma concertada y articulada con los actores regionales y locales, así como de otros actores sociales públicos y privados a nivel nacional.

En el año 2008, también se gestionó y optimizó la ejecución presupuestal de los saldos 2007, en el marco del Convenio MINSAs- CE- PASA 2005-2006, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 982-2007/MINSAs, otorgado por la Comisión Europea en apoyo al fortalecimiento de las CLAS, por un valor total de S/. 675 000.00, para la realización de los encuentros macroregionales mencionados. Asimismo, se gestionó la transferencia presupuestal del Ministerio de Salud al Gobierno Regional de Lima, a partir del mes de Abril 2008, correspondiente a las Transferencias Mensuales de las Asociaciones CLAS de la jurisdicción de la ex DISA Lima III, en el marco de la Ley de Bases de la Descentralización del Gobierno Nacional mediante el D.S. No. 070-2008-EF; además se gestionó la aprobación mensual de las Transferencias Presupuestales a las Asociaciones CLAS de las DISAs de Lima y Callao, correspondiente al Pago de Honorarios del personal contratado por el Decreto Legislativo N° 728.

En el año 2009, se llevó a cabo el proceso de implementación nacional de la Ley N° 29124 y su reglamento, en forma articulada y la correspondiente asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud y las asociaciones CLAS.

En ese mismo año, se llevó a cabo la conducción como ente rector nacional en la culminación de la Adecuación de las Asociaciones CLAS existentes en cada jurisdicción regional del país, en el marco normativo vigente; que corresponde a cada Gobierno Regional y Gobierno Local apoyar a estos establecimientos de salud.

Luego se gestionó la formulación y aprobación del D.S. N° 010-2009- SA “Se prorroga hasta por seis (06) meses adicionales el plazo de adecuación establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 29124 aprobado por Decreto Supremo N° 017-2008-SA”, que faculta a las Regiones la culminación de la Adecuación de las Asociaciones CLAS existentes en su jurisdicción, en el marco normativo vigente. Así mismo, a la fecha la mayoría se encuentran en proceso de reestructuración en diferentes grados de avance. Cabe resaltar, que algunas CLAS ya se encuentran registradas en SUNARP y han firmado sus Convenios de Cogestión.

En el año 2010, se llevó cabo el “Encuentro Internacional 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.

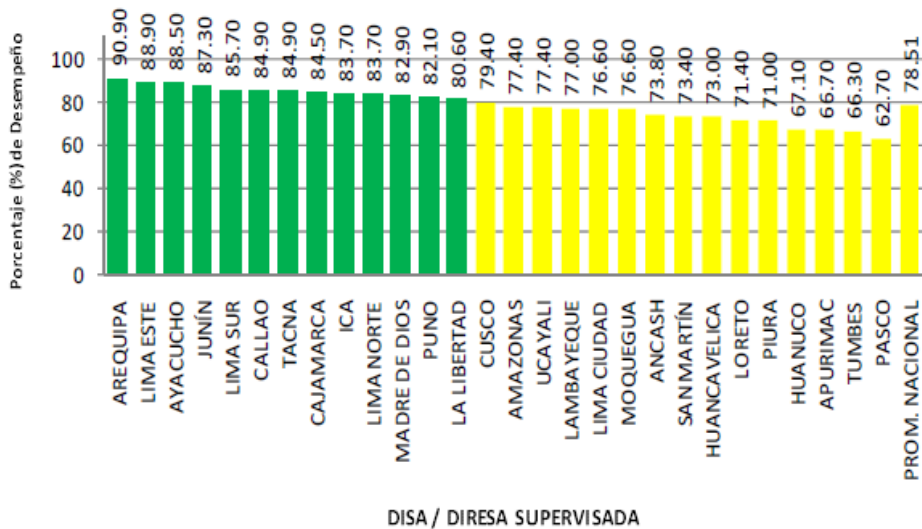
En el presente año, se lleva a cabo un Proceso de Monitoreo Regional del avance de implementación de la normatividad vigente a nivel de sus jurisdicciones con involucramiento de sus actores locales.

Gestión de la Supervisión Integral Nacional a DIRESAS/ GERESAS y DISAS de Lima Metropolitana.

La estrategia de la Supervisión Integral a las Direcciones de Salud de Lima y Callao (DISAs) y Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) se inició en el año 2006, efectuándose la supervisión de 23 DIRESAs y 05 DISAs, realizando una segunda visita de seguimiento a 11 DIRESAs y a la totalidad de DISAs de Lima y Callao.

En el año 2006, conforme se muestra en el gráfico N° 1, un 46,4% (13 de 28) de DISAs y DIRESAs, obtuvieron una calificación de “aceptable”, según el estándar establecido ($\geq 80\%$). El promedio general alcanzado como país se mostró aún por debajo del estándar (78.5%).

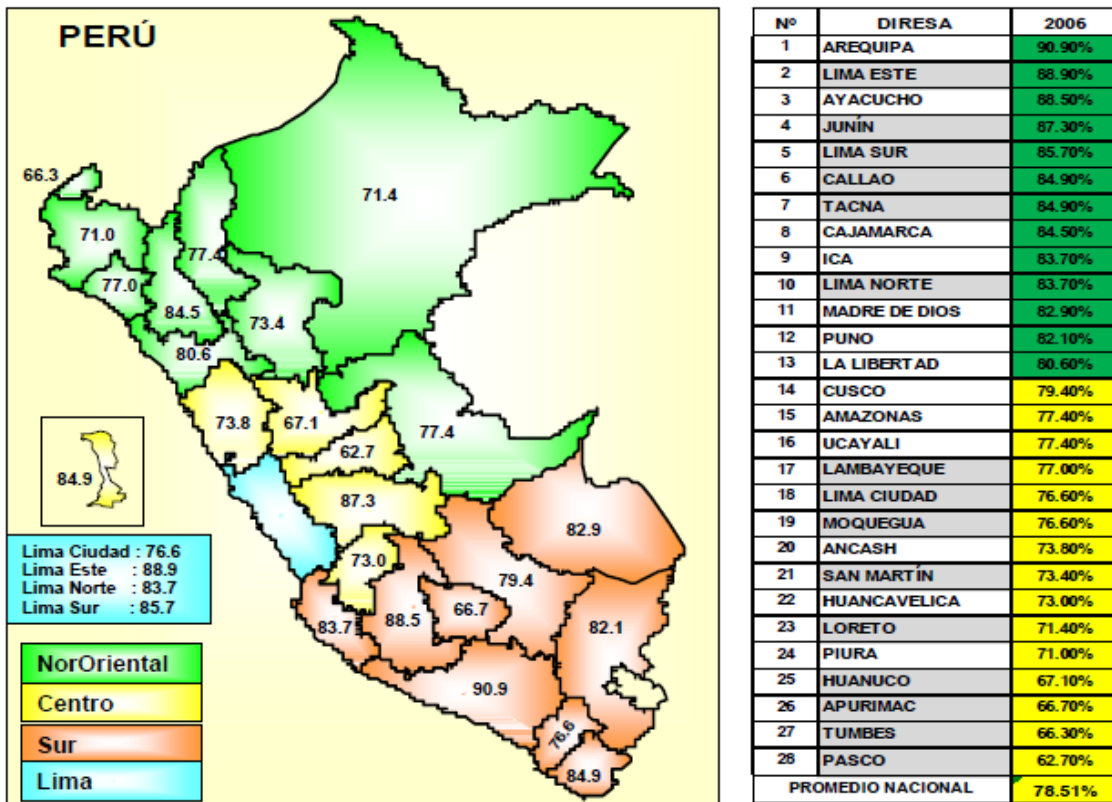
GRAFICO N° 01: SUPERVISIÓN INTEGRAL A DIRESA / DISA
PROMEDIO GENERAL, 1RA VISITA - 2006



LEYENDA	
DESEMPEÑO ÓPTIMO	95% - 100%
DESEMPEÑO ADECUADO	80% - 94.99%
DESEMPEÑO REGULAR	60% - 79.99%
DESEMPEÑO BAJO	0% - 59.99%

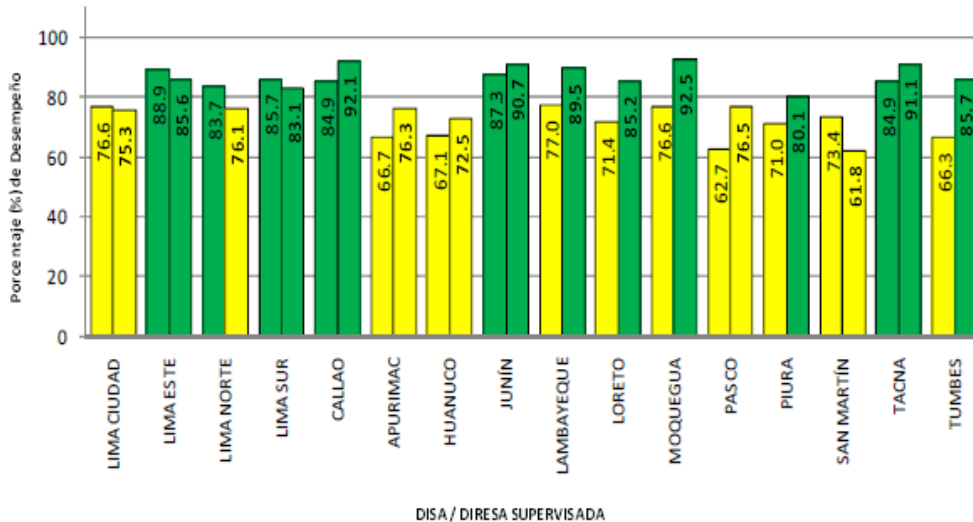
En ese mismo año, como se puede observar en el gráfico N° 2, en la primera visita de supervisión integral la calificación más alta fue obtenida por la Dirección Regional de Salud de Arequipa con 90.9% y la más baja 62.7% por la Dirección Regional de Salud Pasco. Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud que fueron seleccionadas para el seguimiento, es decir para la segunda visita de supervisión integral fueron las correspondientes a: Lima Metropolitana y el Callao, y 11 Direcciones Regionales de Salud más; principalmente con calificación del desempeño de la gestión regular.

GRAFICO N° 02: SUPERVISIÓN INTEGRAL - PROMEDIO GENERAL 1ª VISITA - 2006



En el gráfico N°3 se observa que en la segunda visita de supervisión integral, todas las DIRESAs a excepción de la DIRESA San Martín, mejoraron su calificación.

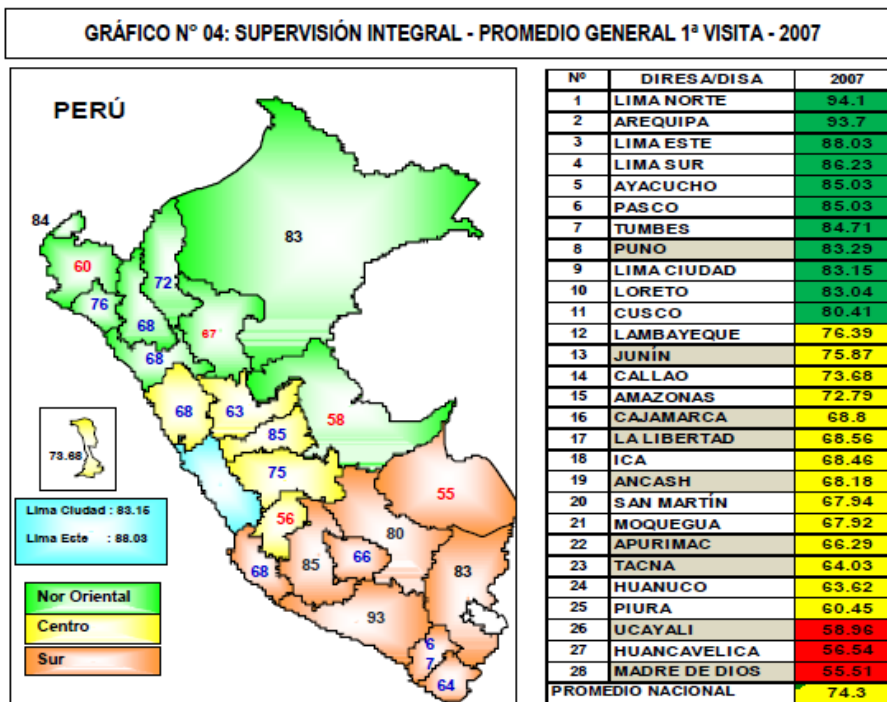
GRAFICO N° 03: SUPERVISIÓN INTEGRAL 2006 A DIRESA / DISA - PROMEDIO GENERAL 2006-I (PRIMERA VISITA) VERSUS 2006-II (SEGUNDA VISTA, SEGUIMIENTO)



En el año 2007 se logró realizar la Supervisión Integral al 100% de las 23 DIRESAs y a las 05 DISAs de Lima y Callao y se realizó la segunda visita a 09 DIRESAs, pues eventos como el terremoto del 15 de Agosto en Ica y la huelga médica nacional impidieron efectuar la totalidad de supervisiones programadas.

Los valores obtenidos en la primera visita de Supervisión Integral - 2007 se muestran en el gráfico N° 04, obteniendo la DISA Lima Norte (94.21%), la calificación más alta y la DIRESA Madre de Dios la más baja, (55.51%).

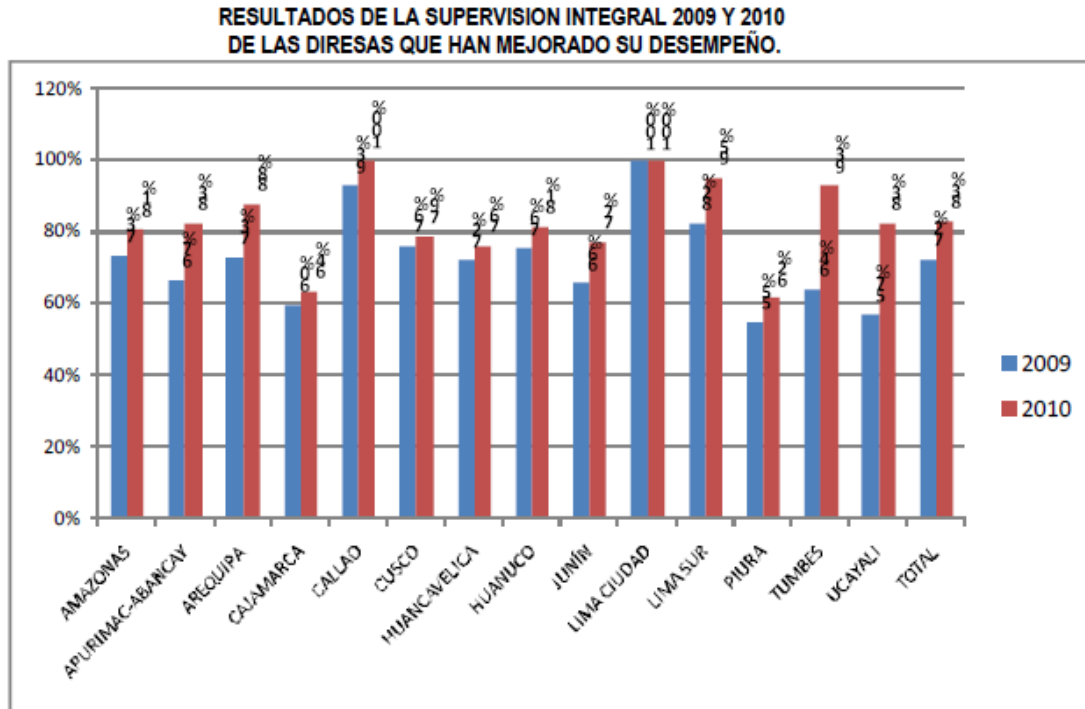
El promedio global en las 28 DISAs y DIRESAs en la primera visita de Supervisión Integral - 2007 fue de 74.69%, menor al del año 2006. Además, menos del 40% (11 de 28) alcanzaron el valor aceptable (80%).



En el año 2009, con Resolución Ministerial N° 672-2009/MINSA, se aprueba la “Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud”; también se aprueba La Guía Técnica “Guía para el Supervisor Nacional de Salud”, aprobada con R.M. N° 876-2009/MINSA, conteniendo orientaciones respecto al mecanismo de calificación de los estándares del instrumento de supervisión integral y presenta el instrumento de evaluación de la supervisión integral, a modo de encuesta.

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 en el año 2010.



En el año 2011, se actualizó el instrumento de supervisión integral, la misma que forma parte de la “Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud”.

Aseguramiento Universal en Salud

Promulgación de la Ley N° 29344 que aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuya finalidad es garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, y normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación, y supervisión del aseguramiento.

Es así, que se lleva adelante el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), eje de la gestión y reforma fundamental del Gobierno que garantizará el derecho de todos los peruanos y peruanas de acceder a servicios de salud en forma oportuna y de calidad. El AUS es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional, de manera gradual y progresiva, disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones sanitarias de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad,

oportunidad, calidad y dignidad, tomando como base para este propósito el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Junto al AUS, se inició la reforma del primer nivel de atención reorientándolo a los objetivos de la Atención Primaria de la Salud e impulsado el proceso de descentralización en salud. Para ello, el Perú está haciendo un gran esfuerzo de inversión en infraestructura y equipamiento que alcanzó en el año 2009 niveles históricos jamás antes alcanzados.

- ✓ El AUS inició su implementación en Huancavelica, en setiembre del año 2009, en el distrito de Yauli, al considerarla la región más pobre del país; posteriormente con el respaldo de los gobiernos regionales se incorporó Apurímac, Ayacucho, Callao (con la incorporación del AA. HH. Ciudadela Pachacutec, ya presenta excelentes resultados beneficiando principalmente a población pobre y en extrema pobreza). En estas regiones, se ha incrementado el número de afiliaciones al SIS, permitiendo el acceso a servicios de calidad.

Asimismo se aprobó el inicio del Proceso de Aseguramiento Universal en Salud en la provincia del Datem del Marañón de la Región Loreto, así como en las provincias de Condorcanqui y Bagua, en el departamento de Amazonas, (según el Censo Nacional desarrollado el año 2007 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, el 79% de los habitantes de la provincia del Datem del Marañón de Loreto, así como el 53.8% de la provincia de Bagua y el 76.3% de la provincia de Condorcanqui, ambas circunscripciones territoriales pertenecientes al departamento de Amazonas, se encuentran en condición de pobreza total).

- ✓ El 15 de Julio del 2010 se inició el Piloto de AUS en Lima y Callao (R.M. N° 547-2010/MINSA), para ello el Gobierno mediante D.U. N° 048-2010 autorizó los recursos correspondientes para su inicio en el año 2010, se espera incorporar un poco más de 3 millones de nuevos asegurados, 380 588 pobres en el régimen subsidiado y no pobres 2 707 467 de nuevos asegurados al esquema contributivo o semi-contributivo, en total se integrarían 8 820 854 millones de personas (30% de la población total del país). El AUS en Lima y Callao dará un enorme impulso a la reforma de Salud ya que:

- **Incrementará sustantivamente la cobertura de asegurados**

El AUS en Lima incrementará 3 millones de asegurados, adicionales a 5.8 millones de asegurados en salud existentes. Adicional a los 2.5 millones de otras regiones del país.

- **Tendrá impacto en la atención de la carga de enfermedad nacional**

Lima y Callao concentran la mayor cantidad de población relativa respecto a otras regiones del país, mayor cantidad relativa de PEA ocupada del país, la más alta proporción relativa de pobres y el gasto de bolsillo en servicios de salud es comparativamente mayor, lo que expresa una gran inequidad social.

- **Será un modelo nacional para la articulación de servicios**

En Lima y Callao el nivel de inversión comparado de oferta de servicios de salud es mayor que en el resto del país, están presentes todos los actores institucionales del sistema de salud del país, superando la fragmentación y segmentación existente.

- **Hará realidad la supervisión del cumplimiento de estándares de calidad y oportunidad de los servicios**

La calidad de la atención a los asegurados será vigilada por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), el usuario jugará un rol importante.

Logros de la gestión durante el periodo 2009-2011

- ✓ Elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (aprobado con Decreto Supremo N° 016-2009 –SA).
- ✓ Levantamiento de brecha de Capacidad Resolutiva de Cartera de Servicios en función a condiciones PEAS: como parte de los instrumentos utilizados en la asistencia técnica y monitoreo.
- ✓ Inclusión del listado de medicamentos en el PNME vigente.
- ✓ Elaboración del listado de enfermedades de Alto Costo con la coparticipación de ESSALUD, FISSAL, SIS y OGPP.

En cuanto a Salud Ambiental, tenemos los principales documentos normativos:

- ✓ Ley N° 27265, Ley de Protección a los Animales Domésticos y a los Animales Silvestres mantenidos en Cautiverio, cuya finalidad es Erradicar y prevenir todo maltrato y actos de crueldad con los animales, evitándoles sufrimiento innecesario así como velar por la salud y bienestar de los animales promoviendo su adecuada reproducción y el control de las enfermedades transmisibles al hombre.
- ✓ Ley N° 27932, Reglamento de la Ley N° 27932 - Ley Que Prohíbe el Uso de la Sustancia Química Bromato de Potasio en la Elaboración de Pan y Otros Productos Alimenticios Destinados al Consumo Humano, cuyo objeto es establecer los requerimientos y medidas sanitarias preventivas, correctivas, de vigilancia y control, para la debida aplicación de la Ley N° 27932.
- ✓ Ley N° 29632 Erradicar Elaboración y Comercialización de Bebidas Alcohólicas Informales, Adulteradas o No Aptas para Consumo Humano, cuyo objeto es dictar medidas respecto a la fabricación, elaboración, manipuleo, mezcla, transformación, preparación, acondicionamiento, envase, reenvase, almacenamiento, transporte, comercialización, distribución, expendio, suministro, importación y exportación de bebidas alcohólicas. Además de regular las medidas y procedimientos de supervisión y control del alcohol etílico, atendiendo a su condición de principal insumo para la fabricación de bebidas alcohólicas con el propósito de salvaguardar la salud de la población.

- ✓ Ley N° 29675 Ley que modifica diversos artículos del código penal sobre delitos contra la salud pública.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1062 Ley de Inocuidad de los Alimentos y Fe de Erratas de la Ley y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N°034-2008-AG, cuya finalidad es establecer el régimen jurídico aplicable para garantizar la inocuidad de los alimentos destinados al consumo humano con el propósito de proteger la vida y la salud de las personas, reconociendo y asegurando los derechos e intereses de los consumidores y promoviendo la competitividad de los agentes económicos involucrados en toda la cadena alimentaria, incluido los piensos, con sujeción al ordenamiento constitucional y jurídico.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1065 Modificación de los artículos de la Ley General de Residuos Sólidos.
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2007-SA, Reglamento de la Ley N° 28376, ley que prohíbe y sanciona la fabricación, importación, distribución y comercialización de juguetes y útiles de escritorio tóxicos o peligrosos, cuya finalidad es contribuir a garantizar y proteger la salud y seguridad de los menores de edad, así como de los consumidores en general. La protección a los consumidores frente a juguetes o útiles de escritorio tóxicos o peligrosos radica en verificar la composición de los mismos y retirar del mercado aquellos que contengan sustancias de riesgo o dañinas. Así también, dispone el establecimiento de los procedimientos administrativos, los requisitos para la fabricación de los juguetes y útiles de escritorio, las obligaciones de los fabricantes, importadores y comercializadores de los bienes regulados y su respectiva sanción administrativa, así como los mecanismos de control y verificación, en cumplimiento de la legislación vigente.
- ✓ D.S. N° 012-2007-SA, Modifican el Reglamento de la Ley N° 28376, Ley que prohíbe y sanciona la fabricación, importación, distribución y comercialización de juguetes y útiles de escritorio tóxicos y peligrosos aprobado por Decreto Supremo N° 008-2007-SA.
- ✓ D.S. N° 012-2009-SA Aprueban reglamento de la Ley N° 28681, que regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas; cuyo objeto es regularla comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas de toda graduación, así como establecer las obligaciones, infracciones y el procedimiento sancionador en concordancia con las disposiciones legales vigentes y los planes nacionales en ejecución: Plan Nacional de apoyo a la familia, Plan Nacional de Juventud y Plan Nacional de Apoyo a la infancia y adolescencia.
- ✓ D.S. 031-2010 SA "Reglamento de la Calidad de Agua para el consumo humano", establece las disposiciones generales con relación a la gestión de la calidad del agua para consumo humano, con la finalidad de garantizar su inocuidad, prevenir los factores de riesgos sanitarios, así como proteger y promover la salud y bienestar de la población.
- ✓ Resolución Ministerial N° 461-2007/MINSA, Guía Técnica para el Análisis Microbiológico de Superficies en contacto con Alimentos y Bebidas; cuya finalidad es contribuir a asegurar la calidad sanitaria indispensable para la fabricación, elaboración y expendio de alimentos y bebidas destinadas al consumo humano y a

la implementación del Sistema de Análisis de Peligros y de Puntos Críticos de Control (HACCP).

- ✓ Resolución Ministerial N° 495-2008/MINSA, Norma Sanitaria Aplicable a la Fabricación de Alimentos envasados de baja acidez y acidificados destinados al consumo humano; cuya finalidad es disponer que los alimentos envasados de baja acidez y acidificados cumplan los requisitos de calidad sanitaria e inocuidad que permitan proteger la salud de los consumidores y facilitar la posición de estos productos en el mercado internacional.
- ✓ Resolución Ministerial N° 591-2008/MINSA, Norma Sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano; cuya finalidad es garantizar la seguridad sanitaria de los alimentos y bebidas destinados al consumo humano, siendo esta una actualización de la Resolución Ministerial N° 615-2003-SA/DM, que aprobó los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano.
- ✓ Resolución Ministerial N° 702-2008/MINSA, Norma Técnica de Salud que guía el manejo selectivo de residuos sólidos por segregadores, asegurar el manejo apropiado de los residuos sólidos para prevenir riesgos sanitarios, proteger y promover la calidad ambiental, la salud y bienestar de la persona humana, en aplicación de la Ley General de Residuos Sólidos, Ley N° 27314 y de la Sexta Disposición Complementaria, Transitoria y Final de su Reglamento.
- ✓ Resolución Ministerial N° 222-2009/MINSA, Aprueban norma sanitaria para el procedimiento de atención de Alertas Sanitarias de Alimentos y Bebidas de Consumo Humano; cuya finalidad es proteger la salud de la población, estableciendo procedimientos uniformes que permitan atender las alertas sanitarias sobre alimentos y bebidas, procedentes del ámbito nacional y del internacional.
- ✓ Resolución Ministerial N° 245-2009/MINSA, Norma Técnica de Salud para acreditar inspectores sanitarios de alimentos de consumo humano; cuya finalidad es contribuir a proteger la vida y la salud de las personas garantizando la función de control de la inocuidad de los alimentos de origen nacional e importado sujetos a la vigilancia sanitaria por parte de la autoridad competente.
- ✓ Resolución Ministerial N° 256-2009/MINSA, Directiva Sanitaria para la aplicación de la campaña nacional de vacunación antirrábica canina del Ministerio de Salud, cuya finalidad es contribuir a mejorar el nivel sanitario de la población y disminuir los riesgos de presencia de rabia en canes domésticos y en las personas.
- ✓ Resolución Ministerial N° 525-2009/MINSA, Directiva Sanitaria para la limpieza y desinfección de Centros Educativos, cuya finalidad es contribuir a prevenir y controlar la presencia y diseminación de agentes patógenos que ponen en riesgo la salud de los escolares, docente, personal administrativo y padres de familia, en los centros educativos, públicos y privados a nivel nacional.
- ✓ Resolución Ministerial N° 723-2009/MINSA, Documento Técnico Rol del sector Salud en la prevención y erradicación del trabajo infantil en el Perú, cuya finalidad es contribuir a la protección y promoción de la salud de la población infantil y

adolescente mediante la prevención y erradicación del trabajo infantil, mejorando la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes.

- ✓ Resolución Ministerial N° 156-2010 Procedimiento para la Recepción de Muestras de Alimentos y Bebidas de Consumo Humano en el Laboratorio de Control Ambiental de la Dirección General de Salud Ambiental; cuya finalidad es contribuir a asegurar la confiabilidad y reproducibilidad de los resultados de los análisis de alimentos y bebidas de consumo humano que se efectúan en el Laboratorio de Control Ambiental de la Dirección General de Salud Ambiental.
- ✓ Resolución Ministerial N° 373-2010/MINSA, Plan Nacional de Gestión de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo 2010- 2012; cuya finalidad es mejorar las condiciones de higiene y seguridad del personal de los establecimientos de Salud (EESS) y servicios médicos de apoyo (SMA) a nivel nacional, así como de los usuarios y de la comunidad a través del control de los riesgos originados por el inadecuado manejo de los residuos sólidos.
- ✓ Resolución Ministerial N° 484-2010/MINSA, Aprueban "Directiva Sanitaria para la Determinación del Índice de calificación sanitaria de las Piscinas Públicas y Privadas de Uso Colectivo", cuya finalidad es Contribuir a prevenir y controlar los diferentes factores de riesgo de contaminación que se presentan en las piscinas públicas y privadas de uso colectivo que ponen en riesgo la salud de los usuarios.
- ✓ Resolución Ministerial N° 553-2010/MINSA, "Procedimiento de Toma de Muestras del Agua de Mar en Playas de Baño y Recreación"; dicha norma es aplicada en la Vigilancia de playas; cuya finalidad es estandarizar la técnica para el procedimiento de toma de muestras del agua de mar en las playas destinadas al baño y la recreación.
- ✓ Resolución Ministerial N° 647-2010/MINSA, "Guía Técnica para la implementación, operación y mantenimiento del sistema de tratamiento intradomiciliario de agua para consumo humano- mi agua", cuya finalidad es proveer a la población de extrema pobreza y ubicados en zonas de la Amazonía que no cuenten con un sistema convencional de tratamiento y distribución de agua para consumo humano, de una tecnología de tratamiento de agua a nivel Intradomiciliario que asegure que la calidad del agua no represente un riesgo para la salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 659-2010/MINSA "Procedimiento para la evaluación de la Vigilancia sanitaria de las Playas del Litoral Peruano", cuya finalidad es Contribuir a prevenir y controlar los diferentes factores de riesgo de contaminación que se presentan en las playas, que ponen en riesgo la salud de las personas que concurren a ellas.
- ✓ Resolución Ministerial N° 684-2010/MINSA, Participación en la Elaboración del instrumento Normativo: "Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Peste en el Perú"; cuya finalidad es disminuir la morbimortalidad ocasionada por la Peste, y orientar la atención integral a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente afectado o en riesgo de contraer dicha enfermedad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 692-2010/MINSA "Reglamento de Funcionamiento de la comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria – COMPIAL", cuya finalidad es regular la organización, funciones y el procedimiento a seguir para la toma de decisiones de la Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad

Alimentaria, en adelante COMPIAL, para el efectivo cumplimiento de las facultades que le han sido conferidas.

- ✓ Resolución Ministerial N° 730-2010/MINSA, “Plan de Implementación de la estrategia de riego con secas intermitentes en el cultivo de arroz para el control vectorial de la malaria en regiones priorizadas del país”, cuya finalidad es Contribuir a reducir el impacto sanitario y económico de la malaria en regiones priorizadas del país a través de la implementación de una estrategia de manejo ambiental para lograr el control del vector con sostenibilidad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA, “Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por riesgo ocupacional en los trabajadores de salud 2010-2015”, cuya finalidad es proteger la salud de los trabajadores de salud y fortalecer la atención de los servicios de salud del Perú a través de una gestión inclusiva de la salud ocupacional en los establecimientos de salud en el ámbito nacional, regional y local.
- ✓ Resolución Ministerial N° 797-2010/MINSA, “Norma Técnica para la implementación de la vigilancia y control del Aedes aegypti vector del dengue, en territorio nacional”, cuya finalidad es contribuir a la prevención y control de los riesgos generados por la presencia del vector Aedes Aegypti, prevenir su dispersión y la introducción de algún otro sector potencial del dengue, en todas las regiones del territorio nacional.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1020-2010/MINSA. Norma Sanitaria para la Fabricación, Elaboración y Expendio de Productos de Panificación, Galletería y Pastelería, cuya finalidad es contribuir a proteger la salud de los consumidores disponiendo los requisitos sanitarios que deben cumplir los productos de panificación, galletería y pastelería y los establecimientos que los fabrican, elaboran y expenden.
- ✓ Resolución Ministerial N° 258-2011/MINSA, Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020, cuya finalidad es contribuir a mejorar el estado de la salud, la calidad de vida de la población y el crecimiento del país propiciando un entorno de vida saludable, previniendo la exposición a factores de riesgos sanitarios y ambientales.
- ✓ Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnostico de los Exámenes Médicos Obligatorios por actividad, cuya finalidad es proteger y promover la seguridad y salud de los trabajadores así como generar ambientes de trabajo saludables; y servicios de salud ocupacional adecuados para los trabajadores.
- ✓ Resolución Ministerial N° 313-2011/MINSA Norma Técnica de Salud que establece los Exámenes Médicos Ocupacionales para los Estibadores Terrestres y Transportistas Manuales, cuya finalidad es contribuir con la protección de la salud de los estibadores terrestres y transportistas manuales, y generar ambientes de trabajo saludables.

Objetivo N° 8: Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud

Avances en el tema de nombramiento de médicos y contratación de Serumistas entre el 2006 y 2010.

- ✓ La Ley N° 28498, del 17 de abril del 2005, autorizó al Ministerio de Salud a efectuar el nombramiento de los profesionales de la salud no médicos cirujanos que, a la fecha de entrada en vigencia de la citada Ley, se encontraban prestando servicios en la condición de contratados bajo cualquier modalidad. Con Decreto Supremo N° 019-2005-SA, del 17 de setiembre del 2005, se aprobó el Reglamento de la acotada Ley, el cual fue elevado a rango de Ley a través de la Ley N° 28632 (03 de diciembre del 2005).
- ✓ La Ley N° 28560, del 29 de junio de 2005, autorizó al Ministerio de Salud a efectuar el nombramiento del personal técnico asistencial y administrativo, personal de servicios y auxiliar que, a la fecha de entrada en vigencia de la citada Ley, se encontraban prestando servicios en la condición de contratados bajo cualquier modalidad en el Ministerio de Salud. Con Decreto Supremo N° 097-2006-EF del 29 de junio de 2006, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 28560.
- ✓ El 12 de agosto del 2006, se publicó en el Diario Oficial El Peruano el Decreto de Urgencia N° 020-2006, el mismo que dictó medidas de austeridad y racionalidad en el gasto público para el ejercicio fiscal 2006. Este dispositivo, entre otras medidas, dispuso en su tercera disposición complementaria y final que se deje en suspenso toda disposición legal o reglamentaria que autorice a realizar nombramientos o contratación de personal; motivo por el cual, los procesos de nombramiento dispuestos por las Leyes N° 28498 y N° 28560 quedaron en suspenso.
- ✓ A través de la Ley N° 29142, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2008, se autorizó el nombramiento de hasta el 30% de los profesionales de la salud no médicos cirujanos.
- ✓ El numeral 9.1. del artículo 9° la Ley N° 29465, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2010, respecto a las excepciones de ingreso de personal, autorizó al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales el nombramiento de hasta el 15% del número de los profesionales no médicos cirujanos y del personal técnico asistencial y administrativo, personal de servicios y auxiliar asistencial, respectivamente, en el marco del nombramiento gradual a que se refieren las Leyes N° 28498 y N° 28560, que no hayan sido nombrados, con cargo a los presupuestos institucionales, aprobados por la citada Ley de Presupuesto.
- ✓ Con la promulgación de las referidas leyes de nombramiento se ha logrado incorporar a la carrera administrativa un total de 8008, entre profesionales de la salud no médicos cirujanos (enfermeras, obstetrices, odontólogos, tecnólogos médicos, etc.) y personal técnico asistencial y administrativo, personal de servicios y auxiliar asistencial, desagregados de la siguiente manera:

Informe de Transferencia de Gestión

LEY Nº 28498

Pliego	Nombrados al 2008 (Ley Nº 29142 - 30%)	Nombrados al 2010 (Ley Nº 29465 - 15%)	Total nombrados a la fecha
MINSA	1141	344	1485
Organismos Públicos	121	38	159
DIRESAS	1724	1697	3421
Total	2986	2079	5065

LEY Nº 28560

Pliego	Nombrados al 2008 (suspendido por el D.U. Nº 020-2006)	Nombrados al 2010 (Ley Nº 29465 - 15%)	Total nombrados a la fecha
MINSA		797	797
Organismos Públicos		74	74
DIRESAS		2072	2072
Total		2943	2943

- ✓ En el marco del Aseguramiento Universal en Salud, se requiere contar con profesionales de la salud en número suficiente, con las competencias adecuadas y comprometidos con el logro de resultados sanitarios en todos los niveles de complejidad del sistema, de tal manera que se garantice los derechos a la atención de salud en términos de acceso, oportunidad y calidad;

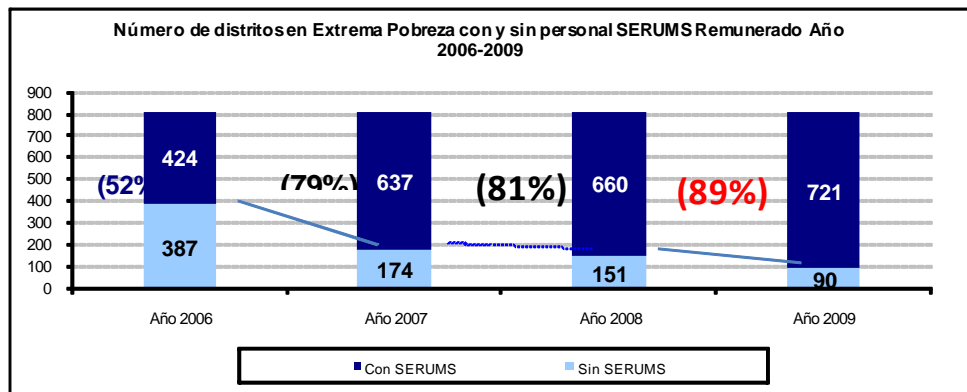
- ✓ En ese marco, el Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, SERUMS, que dota de profesionales de la salud en establecimientos del primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de brindar atención integral de la Salud a poblaciones más pobres del país. A partir del año 2007, incrementa sus plazas para profesionales de la salud en forma progresiva. De un total de 1,577 plazas en el año 2006 a 4,936 plazas en el año 2010 a nivel nacional.

Evolución de la oferta de plazas remuneradas SERUMS Periodo 2006 - 2010

Año	MINSA y Gobiernos Regionales	ESSALUD	SANIDAD	PRIVADO	JUNTOS	TOTAL
2006	1577	462	234	63		2336
2007	3406	489	234	41	705	4875
2008	4111	584	211	57		4963
2009	4938	606	210	77		5831
2010	4936	601	341	74		5952

El SERUMS contribuye de manera significativa en la cobertura de distritos ubicados en extrema pobreza; en el año 2006 la cobertura de estos distritos fue de 52%, y hacia el año 2009 se incremento en un 89%, lo que equivale a casi el doble

del total de distritos ubicados en extrema pobreza. El impacto de la dotación de SERUMS, se observa en los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, zonas piloto del Aseguramiento Universal en Salud. Sin embargo, este servicio tiene una rotación anual de los profesionales de la salud, lo que repercute en la continuidad del cumplimiento de los objetivos sanitarios así como en la estrategia de Aseguramiento Universal en Salud.



- ✓ El Ministerio de Salud realizó el Proceso SERUMS – 2010 II, y dotó con profesionales de las ciencias de la salud y médicos especialistas al ámbito del VRAE
 - Programa SERUMS a nivel nacional y en los ámbitos de Aseguramiento Universal en Salud AUS y en el Valle del Río Apurímac y Ene VRAE, en el proceso del SERUMS 2010 II, se asignaron 434 plazas para profesionales de las ciencias de la salud (MINSA y Regiones), teniendo una ejecución en el 2010 de 3196 PEAS, cubiertas para los profesionales de la Salud a nivel Nacional, desarrollando sus actividades en los EESS ubicados en los quintiles pobres, muy pobre y extremo pobre.
 - Inducción a los profesionales de las ciencias de la salud que adjudicaron plazas en el proceso SERUMS 2010, la DGGDRH, organiza un programa de Inducción a los profesionales SERUMS que han adjudicado plazas, en este segundo semestre se capacitó a 434 profesionales de las ciencias de la salud.
 - Fortalecimiento del Segundo Nivel de Atención en los ámbitos del Aseguramiento Universal en Salud y el VRAE, Brigadas de Especialistas en las zonas priorizadas del AUS, se realizó la dotación de 21 profesionales especialistas que conformaron las Brigadas de Médicos Especialistas mediante la modalidad de contrato CAS, en las Zonas del Aseguramiento Universal en Salud los ámbitos poblacionales de los Hospitales de Abancay, Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Junín, Piura y San Martín.

- ✓ También mencionamos el Decreto de Urgencia N°022-2011 mediante el cual autoriza las Prestaciones Complementarias para Garantizar y Ampliar la Cobertura de los Servicios Médicos Asistenciales, en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Mediante esta norma se permite que los profesionales médicos y/o médicos especialistas de cualquiera de los subsectores del sector salud podrán prestar servicios complementarios en el mismo establecimiento de salud y/o en otro que tenga suscrito un contrato de intercambio de prestaciones, basado en la compra venta de servicios, en el Marco de la Norma AUS.

- ✓ Convenio Específico entre el MINSA y EsSalud que establece el Seguro + de Vida para los profesionales SERUMS, que permitirá complementar con un seguro de vida a los 3900 profesionales SERUMS que iniciaron su servicio en octubre del 2010 y mayo del 2011.

La Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos, impulso la propuesta de suscribir con ESSALUD un Convenio Específico de “+ vida seguro de accidentes” que permitirá beneficiar a nuestros profesionales de la salud que realizan el SERUMS en los diferentes establecimientos de salud de nuestro país, con los beneficios económicos que implica, ante posibles eventos inesperados por accidentes, otorgándoles de ésta manera la tranquilidad emocional de estar protegidos económicamente.

- ✓ En el presente año se emitió la Resolución Ministerial N° 003-2011/MINSA, Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud – PROSALUD

Norma Técnica Nacional para la Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud – PROSALUD, que contribuye a la implementación progresiva del Modelo de Atención Integral basado en la persona, familia y comunidad, con el enfoque de Atención Primaria de la Salud renovada, a través de la dotación de recursos humanos en las zonas pobres de los ámbitos del AUS, asimismo con el desarrollo de capacidades con el Plan Básico de Atención Integral que incluye la inducción; pasantías en emergencias obstétricas neonatales, de laboratorio clínico y ecografía básica materna; AIEPI - ICATT, diplomado de atención integral con enfoque de salud familiar para el Aseguramiento Universal en Salud – AUS.

- ✓ Resolución Ministerial N°184-2011/MINSA, Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014 - PLANSALUD.

En cuanto a los principales logros del Seguro Integral de Salud tenemos:

- ✓ El Seguro Integral de Salud (SIS), a nivel nacional ha logrado asegurar 12'176,859 peruanos proyectado a Junio 2011, propiciando el acceso equitativo de todos los peruanos a un seguro de salud, empezando por los extremadamente pobres y pobres y a la construcción de un aseguramiento sostenible con calidad y calidez en los servicios de salud.

El SIS, como sistema asegurador que financia prestaciones basado en los principios de solidaridad, equidad y justicia, pensando en quienes más necesitan ser atendidos ha logrado incrementar sostenidamente la cobertura, como se puede observar en el siguiente cuadro:

SIS: Población Asegurada al Seguro Integral de Salud, por grupos de edad y años

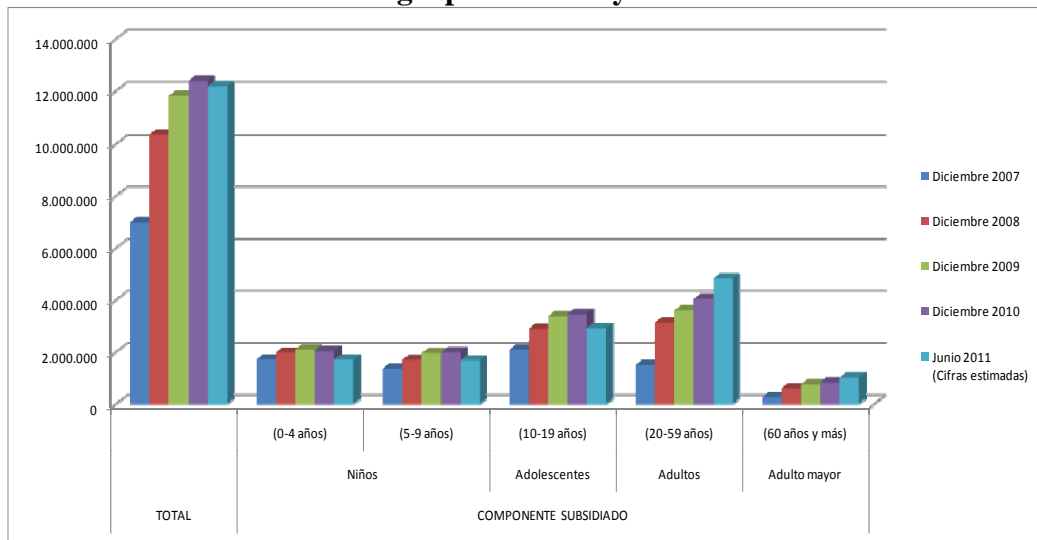
Años	TOTAL	COMPONENTE SUBSIDIADO					COMPONENTE SEMISUBSIDIADO
		Niños		Adolescentes	Adultos	Adulto mayor	
		(0-4 años)	(5-9 años)	(10-19 años)	(20-59 años)	(60 años y más)	
Diciembre 2007	6.983.157	1.717.291	1.357.602	2.088.233	1.490.863	260.333	68.835
Diciembre 2008	10.358.793	1.979.736	1.694.602	2.888.147	3.128.713	605.986	61.609
Diciembre 2009	11.815.242	2.086.107	1.956.455	3.372.403	3.601.880	747.186	51.211
Diciembre 2010	12.385.998	2.029.357	1.983.560	3.457.312	4.046.461	823.122	46.186
Junio 2011 (Cifras estimadas)	12.176.859	1.704.227	1.680.007	2.913.537	4.823.021	1.010.666	45.400

Notas Técnicas

Asegurado es aquella persona que tiene contrato de afiliación vigente. Para el componente semisubiado se considera los pagos realizados hasta 20 días después de la fecha de corte de cada mes. Sólo para el año 2010, se ha tomado en cuenta los pagos realizados hasta el 10/01/2011. En el año 2011 en la columna del componente subsidiado se incluye el regimen de financiamiento subsidiado y columna componente semisubiado se incluye el regimen de financiamiento semicontributivo y seguro microempresas

Fuente: Base de datos SIS Central

SIS: Población Asegurada al Seguro Integral de Salud, por grupos de edad y años



Fuente: Base de Datos SIS Central

Informe de Transferencia de Gestión

Se observa el incremento de cerca de 4 veces en el grupo de adultos mayores de Junio 2011 respecto a Diciembre 2007.

SIS: Población Asegurada al Seguro Integral de Salud, por Regiones del 2007 al 2011

REGIONES	Años				
	2007	2008	2009	2010	Junio 2011 (Cifras estimadas)
Total	6.983.157	10.358.793	11.815.242	12.385.998	12.176.859
AMAZONAS	193.299	285.966	345.081	346.714	328.469
ANCASH	243.015	417.005	516.213	581.613	588.778
APURIMAC	233.494	305.817	297.181	315.062	362.568
AREQUIPA	216.726	279.937	320.441	332.104	289.997
AYACUCHO	369.573	454.247	418.510	486.215	523.852
CAJAMARCA	617.069	856.164	1.004.757	1.022.462	1.136.286
CALLAO	104.838	158.717	181.492	215.390	190.766
CUSCO	555.364	688.180	711.235	740.354	816.025
HUANCAVELICA	219.247	309.208	324.538	336.471	405.527
HUANUCO	419.565	627.963	702.951	690.997	753.825
ICA	83.743	125.688	144.654	169.922	145.557
JUNÍN	262.691	403.739	439.580	452.838	444.529
LA LIBERTAD	419.533	723.080	875.589	844.185	797.306
LAMBAYEQUE	308.005	471.865	549.757	528.757	456.493
LIMA	808.599	1.269.588	1.463.382	1.672.616	1.515.455
LORETO	417.611	688.044	860.001	853.712	830.255
MADRE DE DIOS	28.228	40.836	41.522	49.799	42.569
MOQUEGUA	28.269	36.583	35.723	40.374	33.233
PASCO	67.578	94.175	109.229	123.178	118.282
PIURA	497.407	755.106	931.776	963.952	909.003
PUNO	326.845	464.995	506.391	597.387	579.937
SAN MARTIN	279.603	468.505	562.032	564.708	516.105
TACNA	53.554	73.953	81.532	70.325	45.099
TUMBES	64.105	90.583	98.295	93.259	82.733
UCAYALI	165.196	268.849	293.380	293.604	264.210

Fuente: Base de Datos SIS - Central

(*) Información referencial, está incluida en los grupos etarios

Asegurado es aquella persona que tiene contrato de afiliación vigente al 31 de diciembre de cada año. Para el componente semisubsidiado se considera los pagos realizados hasta 20 días después de la fecha de corte de cada mes.

En el periodo analizado se reportaron 131'482,159 atenciones en salud, siendo el crecimiento del año 2010 con respecto al 2009 del 13%.

SIS: Atenciones, por grupos de edad y años, Julio 2006 a Junio 2011

Años	PLANES DE BENEFICIO							Semisubsidiado(*)	
	TOTAL	A: 0-4 Años	B: 5-17 años	C: Gestantes	D: Adultos x Emergencia	E: Adultos Focalizados	F: Asegurados ESSALUD		
Julio - Diciembre 2006	9.309.495	4.180.460	3.022.936	1.965.196	16.991	119.540	4.372		
Años	TOTAL	Niños		Adolescentes	Adultos	Adulto mayor		Semisubsidiado(*)	
		(0-4 años)	(5-9 años)	(10-19 años)	(20-59 años)	(60 años y más)			
2007	21.537.406	9.131.402	3.317.064	4.432.802	4.347.277	308.861		93.890	
2008	27.615.099	9.792.362	3.508.794	4.949.661	8.125.732	1.238.550		176.035	
2009	27.327.091	9.322.558	2.990.763	4.425.954	9.033.689	1.554.127		140.485	
2010	30.994.797	11.035.126	2.933.379	4.517.572	10.821.190	1.687.530		139.010	
Enero - junio 2011 (Cifras estimadas)	14.698.271	5.306.200	1.213.138	2.078.022	5.274.142	826.769		70.352	
TOTAL ATENCIONES	131.482.159								

Fuente: Base de Datos SIS

(*) Información referencial, está incluida en los grupos de edad

Informe de Transferencia de Gestión

SIS: Atenciones, por departamentos y años (Julio 2006 a Junio 2011)

DEPARTAMENTO	TOTAL	Julio - Diciembre 2006	2007	2008	2009	2010	Enero - Junio 2011 (Cifras Estimadas)
TOTAL	131.482.159	9.309.495	21.537.406	27.615.099	27.327.091	30.994.797	14.698.271
AMAZONAS	5.035.746	406.123	902.961	1.046.773	1.056.225	1.147.394	476.270
ANCASH	4.332.731	268.030	591.753	785.215	863.527	1.165.490	658.716
APURIMAC	5.537.412	416.577	922.587	1.110.123	1.137.344	1.300.193	650.588
AREQUIPA	4.733.986	398.175	864.259	1.002.733	834.784	1.136.329	497.706
AYACUCHO	5.986.982	404.658	920.070	1.139.816	1.082.737	1.544.397	895.304
CAJAMARCA	12.300.505	869.028	2.056.046	2.363.701	2.519.936	2.944.352	1.547.442
CALLAO	1.873.671	142.679	298.015	365.959	314.380	585.200	167.438
CUSCO	7.757.756	565.287	1.377.845	1.554.959	1.538.545	1.758.320	962.800
HUANCAVELICA	3.526.064	335.220	666.483	758.153	648.553	723.189	394.466
HUÁNUCO	11.382.426	687.088	1.774.737	2.686.229	2.243.455	2.635.838	1.355.079
ICA	1.422.866	127.488	235.950	287.083	289.232	328.632	154.481
JUNIN	4.467.558	367.287	741.960	909.977	969.323	1.064.381	414.630
LA LIBERTAD	6.722.029	395.907	1.051.656	1.462.464	1.384.565	1.638.939	788.498
LAMBAYEQUE	5.239.506	409.555	925.186	1.166.380	1.119.609	1.124.467	494.309
LIMA	13.286.394	1.057.595	2.332.051	2.812.784	2.548.272	3.186.101	1.349.591
LORETO	11.419.326	690.188	1.774.533	2.617.918	3.057.634	2.300.324	978.729
MADRE DE DIOS	396.030	37.072	72.290	83.997	60.017	99.308	43.346
MOQUEGUA	507.306	33.971	76.999	105.348	105.485	112.698	72.805
PASCO	1.542.141	103.058	240.427	315.206	321.513	368.138	193.799
PIURA	7.986.710	643.488	1.419.064	1.692.981	1.588.043	1.835.214	807.920
PUNO	5.070.387	296.046	727.419	919.759	1.116.919	1.340.718	669.526
SAN MARTIN	6.298.711	303.457	786.108	1.392.909	1.464.443	1.637.627	714.167
TACNA	1.238.143	101.725	229.978	271.399	317.398	265.895	51.748
TUMBES	951.507	69.649	156.071	206.169	190.382	226.241	102.995
UCAYALI	2.466.266	180.144	392.958	557.064	554.770	525.412	255.918

Fuente: Base de Datos SIS - Central

El número de las atenciones corresponde al total de atenciones registradas

Como se puede observar, los atendidos año a año se ha ido incrementado, es así que al finalizar el 2010 esta cifra creció en 53% con respecto año 2006, es decir que en 4 años, se pasó de casi 4 millones seis ciento mil a más de siete millones de personas que acudieron a un establecimiento de salud y recibieron, en general, cualquier tipo de servicio o atención prevista en su plan de beneficios. Es notorio el incremento en el grupo de adultos.

SIS: Atendidos, según años (Julio 2006 a Junio 2011)

Años	Total	Niños		Adolescentes	Adultos	Adulto mayor	Semisub subsidiado (*)
		(0-4 años)	(5-9 años)	(10-19 años)	(20-59 años)	(60 años y más)	
2006	4.620.552						
2007	5.486.731	1.947.284	982.689	1.343.482	1.074.084	139.192	51.854
2008	6.960.358	2.010.253	1.003.515	1.480.736	2.062.390	403.464	87.491
2009	7.274.168	1.942.566	979.266	1.442.206	2.407.158	502.972	47.687
2010	7.069.691	1.746.017	913.611	1.321.490	2.560.922	527.651	56.746
Enero - junio 2011 (Cifras estimadas)	5.784.396	1.559.313	730.405	1.011.159	2.077.328	406.191	28.915

Fuente: Base de Datos SIS.

(*) Información referencial, está incluida en los grupos de edad

Se define como atendido a aquella persona que recibió una o más atenciones en un periodo determinado, debemos indicar que los totales por región no son sumables debido a que existe la posibilidad que un paciente se atienda en diferentes establecimientos de salud sea por referencia, migración, viaje o afiliación en distintas regiones, por ello el total nacional no es la sumatoria de las regiones.

Informe de Transferencia de Gestión

SIS: Atendidos, según años y Departamento (Julio 2006 a Junio 2011)

REGIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	Enero - Junio 2011 (Cifras Estimadas)
TOTAL	4.620.552	5.486.731	6.960.358	7.274.168	7.069.691	5.784.396
AMAZONAS	153.631	171.948	210.583	230.689	210.878	172.540
ANCASH	153.098	174.346	239.764	284.243	323.910	265.022
APURÍMAC	161.884	193.020	230.112	242.953	253.555	207.458
AREQUIPA	171.042	188.404	218.342	199.491	212.872	174.171
AYACUCHO	193.799	245.394	300.417	301.702	301.306	246.527
CAJAMARCA	385.222	477.770	583.566	680.870	666.638	545.441
CALLAO	84.036	96.706	133.015	117.675	137.078	112.157
CUSCO	297.127	389.817	427.721	438.059	420.468	344.025
HUANCAVELICA	150.957	169.342	200.025	203.429	213.445	174.640
HUÁNUCO	287.407	364.202	481.048	463.685	423.427	346.446
ICA	71.968	72.409	89.983	96.165	99.302	81.249
JUNÍN	193.524	212.553	258.091	286.061	285.145	233.305
LA LIBERTAD	220.518	290.068	418.145	428.815	409.709	335.222
LAMBAYEQUE	202.286	235.011	300.849	299.723	266.516	218.062
LIMA	570.642	755.516	953.100	863.500	889.435	727.733
LORETO	300.364	375.551	508.890	605.230	470.322	384.816
MADRE DE DIOS	20.264	21.798	25.023	21.007	28.512	23.328
MOQUEGUA	18.174	22.203	26.782	28.157	27.531	22.526
PASCO	62.116	61.241	72.308	81.393	82.700	67.665
PIURA	351.497	378.498	478.245	494.691	472.903	386.928
PUNO	171.959	210.611	261.248	305.391	322.556	263.914
SAN MARTIN	152.441	192.968	304.676	338.337	326.642	267.257
TACNA	42.257	49.674	57.853	66.974	57.846	47.329
TUMBES	38.097	43.518	57.596	59.379	60.885	49.816
UCAYALI	104.506	122.110	164.168	179.279	152.714	124.950

Fuente: Base de Datos SIS.

En el periodo analizado, se observa un crecimiento en cifras absolutas del número de partos esperados registrados en el SIS durante los años 2007 y 2008 a nivel nacional posteriormente se mantuvo estable, en el periodo evaluado se obtuvo un total de 1'641,161 partos.

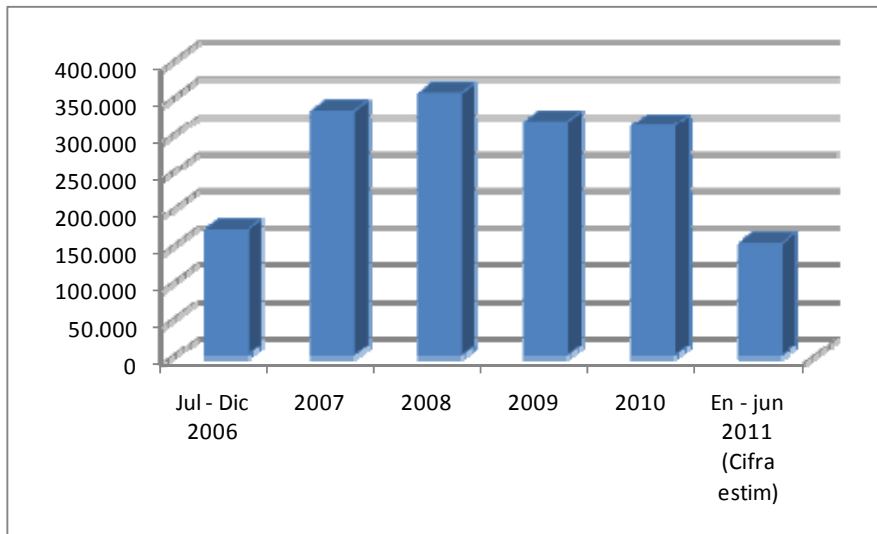
SIS: Partos Julio 2006 – Junio 2011

TOTAL	1.641.161
Jul - Dic 2006	170.299
2007	332.346
2008	355.577
2009	317.915
2010	312.191
En - jun 2011 (Cifra estim)	152.833

Fuente: Base de Datos SIS Central

El número de partos registrados en los periodos, 2006 al Junio 2011, se muestra en el gráfico.

SIS: Partos
Julio 2006 – Junio 2011



Fuente: Base de Datos SIS Central

Conforme a lo establecido en el Decreto Supremo N° 177-2010-EF, se autoriza la Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2010 a favor de los pliegos Seguro Integral de Salud - SIS, entre otros, en el marco del D.U. N° 048-2010, que dispone el diseño de mecanismos para incrementar la cobertura de aseguramiento en salud en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Apurímac, San Martín, La Libertad, Loreto, Amazonas, Lambayeque, Piura, Junín y Cusco, Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, se autoriza a favor del Pliego 135 Seguro Integral de Salud una Transferencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2010 de 44'400,000, destinadas al financiamiento del diseño e implementación de mecanismos que permitan el incremento de la cobertura del Aseguramiento Universal.

Se aprobó las metas priorizadas de servicio mensual para cada unidad ejecutora de las zonas de Aseguramiento Universal en Salud - AUS y la transferencia prospectiva vinculada a las metas referidas para las Unidades Ejecutoras a nivel nacional por Cuarenta Millones Cien Mil y 00/100 Nuevos Soles (S/. 40'100,000), mediante Resolución Jefatural N° 170-2010/SIS, del 10 de Diciembre del 2010.

AGENDA PENDIENTE

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos

- La Transferencia de las DISAS Y REDES a la Municipalidad Metropolitana de Lima, respecto a Recursos Humanos.
- La implementación del Plan de Desarrollo de las Personas
- La firma de Convenios de Colaboración Interinstitucional con el Gobierno de Extremadura, Profit Universitario (Universidad Santo Tomas de Chile).
- Culminación de procesos de nombramientos a nivel nacional al 100% respecto de las Leyes 28498 y 28560.
- Inicio del proceso de nombramiento del personal médico según la Ley No. 29682 Ley que autoriza el nombramiento el nombramiento de los médicos cirujanos contratados por el Ministerio de Salud, sus organismos públicos y Direcciones Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales.
- En trámite la Licitación de Uniformes para el personal nombrado.
- Elaboración de escalas para el personal CAS
- Elaboración del perfil por competencias para directores de Institutos y Hospitales Nacionales.
- Proceso de estandarización de información del personal de la Sede Central (nombrados, destacados, CAS), la misma que debe ser centralizada en una sola Base de Datos.
- Culminación de la implementación del Cuadro para Asignación de Personal
- Culminación de elaboración del Manual de Organización y Funciones de la OGGRH
- **Demandas laborales:** a) Con el Decreto de Urgencia No. 105-2001 se disponga otorgar los S/. 50 nuevos soles a nivel Pliego; b) Concluir proceso de nivelación de AETAS y Productividad en las Regiones; c) Pago de la Bonificación otorgada por el Decreto de Urgencia No. 037-94, teniendo en cuenta la Ley 29702 Ley, que dispone el pago de dicha bonificación, en tal sentido se deberá solicitar financiamiento en la Ley de Presupuesto 2012; c) Culminación de Nombramientos autorizados por Ley 28498 y 28560 e inicio de nombramiento para el personal médico, autorizado por Ley No. 29682, asimismo, implementación del nombramiento en la Sede Central (correspondiente al año 2011); Incorporación de 10 AETAS y Productividades a Planillas; elaboración y sustentación de la Ley de Presupuesto 2012, en la cual deberá incluirse el financiamiento para la implementación de las demandas laborales antes mencionadas, que requieran de presupuesto adicional.

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

- Total a la fecha: 520 expedientes pendientes de atender.

Dirección General de Salud de las Personas

1.- Gestión de la Cogestión y Participación Ciudadana

- Ejecutar las acciones de asistencias técnicas presenciales de todo el equipo técnico especializado a las regiones programadas para el presente año fiscal.
- Realizar el diagnóstico nacional del avance regional de la implementación normativa respecto a la adecuación de sus Asociaciones CLAS existentes en su jurisdicción y las nuevas.
- Organizar y desarrollar el Encuentro Nacional de actores públicos de las CLAS para fortalecer las capacidades en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización.

2.- Gestión de la Supervisión Integral Nacional a DIRESAS/GERESAS y DISAS de Lima Metropolitana.

- Cumplir con las supervisiones integrales a las DIRESAS, GERESAS y DISAS a nivel nacional de acuerdo a lo programado.
- Oficialización del nuevo instrumento de supervisión integral con los aportes de mejora de todos los participantes regionales y nacionales durante la aplicación del mismo.

Calidad de Servicios de Salud

- Aprobación de la creación de la Unidad Técnica de Acreditación de Servicios de Salud de la DGSP, la cual se ha considerado en el MOF de la Dirección de Calidad en Salud.
- Fortalecer el funcionamiento de la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud (CNSA).
- Aprobación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N°029-MINSA/DGSP-V.02.
- Culminar el proceso de Auditorías de Caso pendientes en el nivel central
- Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Seguridad del Paciente en proceso de revisión por equipo de expertos.
- Actualizar las Resoluciones del Plan Nacional para la Seguridad del Paciente y el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente,
- Aprobación del Documento Técnico “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

- Resultados de la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo de las 13 regiones que comprenden el Aseguramiento Universal en Salud.
- Terminar con el Observatorio de Calidad en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad
- Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional- V. 02, se encuentra en Secretaría General
- Establecer la Línea de Base Nacional del Estudio de Clima Organizacional 2011
- Aprobación mediante Resolución Ministerial del Documento técnico: Plan para el estudio de clima organizacional 2012-2015
- Aprobar el Documento Técnico: "Evaluación de los Estándares de Garantías Explícitas de Calidad del AUS".
- Aprobar el Documento Técnico: "Indicadores de Gestión de establecimientos de salud con internamiento".
- Desarrollo de las actividades de sensibilización y capacitación en trato digno al usuario a nivel regional en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal en salud, quedando pendientes de ejecución en las regiones de La Libertad, Piura y San Martín y hacer extensiva la implementación de las actividades a **nivel nacional** en el marco de la descentralización
- Validación del Instrumento de medición para Trato digno al usuario, a través de la elaboración de una Directiva o documento técnico que les permita al prestador de salud la implementación de la línea de acción en sus establecimientos respectivos, a través de indicadores tales como trato respetuoso y amable, oportunidad en la atención, información sobre estado de salud y tratamiento y acceso a medicamentos.
- Elaboración y validación de Guías de buenas prácticas en la atención y trato digno al usuario de los establecimientos de salud.
- Aprobación con Resolución Ministerial el Documento Técnico: "Metodología para la implementación de la Vigilancia Ciudadana en las Regiones, en el marco del Aseguramiento Universal de Salud".
- Aprobar y ejecutar el Plan de Intervención para la Implementación de los mecanismos de Vigilancia Ciudadana en los ámbitos pilotos de Aseguramiento Universal, considerado en el Plan Operativo Anual de las Direcciones que la integran.
- Aprobación del Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud V.03.
- Implementación de la Política Nacional de Calidad

Gestión Sanitaria

Aseguramiento Universal en Salud

- Completar la elaboración del segundo PEAS de acuerdo a Ley AUS.
- Elaboración del Manual de Sistematización del PEAS (variantes clínicas).
- Elaboración del Manual Operacional del PEAS.
- Elaboración del Plan de implementación del convenio de intercambio prestacional MINSA, ESSALUD y SIS.

Oficina General de Defensa Nacional

- Estimar los Riesgos de Desastres frente a las amenazas naturales y antrópicas y las vulnerabilidades de los servicios de salud, haciendo uso de las herramientas y metodologías formuladas para tal fin.
- Culminar la Guía de Estimación de Riesgo de Desastres en el Sector Salud, con la participación de representantes del sector salud, por considerar que la estimación de riesgo es un proceso permanente frente a un sin número de eventos que se producen en nuestro país y que generalmente producen desastres.
- Impulsar la formulación de la Directiva Administrativa del Monitoreo y Análisis de Información de amenazas y riesgos a la Seguridad y Defensa Nacional en el Sector Salud para contribuir a la toma de decisiones.
- Elaboración de la estructura curricular para la calificación de sede docente y la viabilización del programa de formación y acreditación de los Instructores para Emergencias, Desastres y Defensa Nacional.
- Organización y Actualización de la Biblioteca virtual y física de la Oficina General de Defensa Nacional.
- Concluir proyecto de observatorio de seguridad vial para su utilidad en el país.
- Elaboración de manual MOPECE bajo la perspectiva de lesiones no intencionales que sirva como material para las asistencias técnicas de la estrategia.
- Elaborar estudio piloto de implementación de atención prehospitalaria en la red de Puente Piedra.
- Supervisión y Monitoreo en las regiones sobre los niveles de cumplimiento de las funciones transferidas y la operativización de la mismas.
- Aprobar la propuesta de Políticas de Seguridad y Defensa Nacional en el Sector Salud. Se encuentra en proceso de aprobación por la Secretaría General del MINSA.
- Se cuenta con una propuesta para la actualización del Documento Técnico: Plan de Fortalecimiento de la presencia del Estado y del Ministerio de Salud en comunidades de menor desarrollo social y zonas de frontera, por el Documento Técnico: Lineamientos para el Fortalecimiento de la Presencia del Estado en Zonas Estratégicas de Importancia para el sector Salud en el marco de la Seguridad y Defensa Nacional. Está pendiente su aprobación por el MINSA.

- Fortalecer la implementación de las políticas de Hospitales Seguros, creando los comités de hospitales seguros en las regiones y hospitales y asimismo, formar evaluadores de Hospitales seguros.
- Para el 2015 se tiene como meta que el 100% de establecimientos sean Hospitales Seguros frente a los eventos tanto naturales como producidos por el hombre, que puedan producir desastres.
- Incorporación de criterios de Hospitales Seguros en el Reglamento Nacional de Edificaciones; en sus componentes Estructural y no Estructural.
- La incorporación de la Adquisición de Bienes y Servicios en el Plan Anual de Adquisiciones y la ejecución de los procesos que conlleven estos; en el marco de Plan de Acción de Hospitales Seguros
- Concluir el Programa Presupuestario estratégico Accidentes de tránsito para poder contar con presupuesto que posibilite realizar las actividades relacionadas a la ESNAT.
- Aprobación e Implementación del Plan del Sector Salud de Seguridad Ciudadana
- Reformulación de documentos técnico-normativos de gestión en el marco de la Ley N° 29664 del SINAGERD.
- Cambio de condición de la OGDN de órgano asesor a órgano de línea, denominándose Dirección General de Defensa Nacional.
- Cambio del proceso cuatro señalado en el Artículo N° 12 del Reglamento de la Ley N° 27657.
- Implementación de la Central Reguladora Única de Emergencias (CRUE)
- Presentación y Aprobación del Manual y Directiva del COE.
- Aprobación de la NTP de Servicio transporte asistido a pacientes por vía terrestre.
- Asistencia técnica – “Centenario del Descubrimiento de Machu Picchu”- Servicio de emergencias.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes y equipos de los Hospitales de Campaña.
- Aprobación, conformación e implementación del Comité de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud.
- Aprobación e Implementación del Plan del MINSA de Fortalecimiento de la presencia del estado en Fronteras

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

Como aspectos pendientes que no pudieron ser relazadas en el periodo de gestión podemos enumerar los siguientes:

- **Política de Medicamentos Genéricos**

El uso de medicamentos genéricos es considerado como una de las estrategias disponibles para mejorar el acceso a medicamentos y se entiende como el conjunto de acciones orientadas a generar competencia entre productos con igual principio activo con el fin de abaratar tanto como sea posible el precio de los medicamentos y hacerlos más accesibles a la población de ahí la importancia para la formulación de la Política de Medicamentos Genéricos cuyos primeros pasos ya se vienen dando mediante reunión que se llevó a cabo el 27 y 28 de mayo en el Hotel Sol de Oro y contó con la participación de 60 profesionales representantes del sistema de salud (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud), OMS/OPS, universidades, colegios profesionales, sociedad civil, industria farmacéutica, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Educación e INDECOPI. Asimismo, se tuvo la presencia de expertos internacionales en el tema de medicamentos genéricos.

En esta reunión se discutieron los lineamientos para la elaboración del Plan de Implementación de medicamentos genéricos en el país, como uno de los mecanismos para mejorar el acceso a medicamentos esenciales, siendo los objetivos específicos (1) evaluar el contexto nacional e internacional que permita identificar estrategias efectivas y viables en el proceso de implementación de una política de medicamentos genéricos en el país; (2) analizar los puntos críticos en el país para la adopción de la estrategia de medicamentos genéricos; (3) identificar las intervenciones necesarias para superar las dificultades encontradas; (4) establecer las líneas de base para la elaboración de un plan de trabajo para la implementación de una estrategia de medicamentos genéricos en el país en el marco de la Política Nacional de Medicamentos y (5) presentar aportes al documento propuesto por la OPS “Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América Latina y el Caribe, como mecanismos para el acceso a medicamentos”.

- **Regulación de Productos Farmacéuticos**

- Fortalecimiento del sistema integrado DIGEMID, a fin de transparentar la información de Medicamentos, otros Productos Farmacéuticos diferentes a Medicamentos, Recursos Terapéuticos Naturales, Dietéticos-Edulcorantes y Galénicos registrados.
- La reingeniería en los aspectos de procesos, legal e informática en los procedimientos correspondientes al Equipo de Registro de Productos Farmacéuticos a cargo de USAID, canalizado por MINCETUR en el marco de la VENTANILLA UNICA DE COMERCIO EXTERIOR, asimismo el desarrollo del piloto del pago electrónico y consultas técnicas por VUCE.
- Implementación y operatividad de los procedimientos por sistema de Ventanilla Única de Comercio Exterior en la Institución, los mismo que son exigidos su aplicación por Resolución Ministerial de MINCETUR, vencidos su transitoria.
- Proceso de adquisición de materia prima y producto terminado y convocatoria al proceso de selección del laboratorio fabricante.
- Integración y participación en eventos convocados por la sociedad de cuidados paliativos del Perú.

- Incorporación en el proyecto VUCE de los procesos de importación.
- El equipo de Drogas se ha incorporado a la Ventanilla Única de Comercio Exterior el cual nos permite realizar los trámites de comercio exterior de medicamentos fiscalizados a través de medios electrónicos, de acuerdo con la normatividad vigente, para el tránsito, ingreso o salida del territorio nacional.
- **Gestión de la calidad de productos farmacéuticos**
 - Continuar con las revisiones de las propuestas de los manuales de buenas prácticas y elevarlas para su aprobación respectiva.
 - Realizar seguimiento a las propuestas que han sido remitidas a la DG referidas a los proyectos de normativas de manuales de BPM y su guía de Inspección para su pre-publicación y aprobación respectiva.
 - Elaborar Manuales y guías de inspección para la certificación en BPM de laboratorios que fabrican Medicamentos herbarios, Productos Galénicos y Dispositivos Médicos.
 - Elaborar un programa mejora de competencias de las DISAS Y DIRESAS a fin de que implementen la certificación de los establecimientos de dispensación y de almacenamiento y distribución, tal como lo establece la Ley No. 29459.
 - Implementar el sistema informático del observatorio de calidad, el mismo que debe registrar los resultados de los controles de calidad de los primeros lotes y los subsiguientes de los productos que ingresen al mercado farmacéutico nacional con la vigencia de los nuevos reglamentos.
 - Continuar con la programación de implementación del sistema ISO para los equipos de Control y Vigilancia de Establecimientos, Control y Vigilancia de Productos y de Comercio Ilegal.
 - Que se implemente a cabalidad el sistema informático que integre las diferentes Direcciones y áreas de DIGEMID para mejorar oportunidad y eficiencia en su trabajo, con una integración a nivel de DISAS y DIRESAS.
 - Implementar el proceso de reconocimiento mutuo en relación a las Buenas Prácticas de Manufactura, principalmente con los países de la Región.
 - Implementación del sistema informático de Gestión de los procesos de control y vigilancia sanitaria interconectado con DISAS y DIRESAS.
 - Implementar el proceso de transferencia de las Droguerías a las DISAS y Gobierno Local (Municipalidad Metropolitana)
 - Implementar el proceso de reconocimiento mutuo en relación a las Buenas Prácticas de Manufactura, principalmente con los países de la Región.
 - Continuar con el cronograma de inspecciones a los laboratorios extranjeros a fin de certificar las plantas farmacéuticas en Buenas Prácticas de Manufactura indicando en la Ley 29459.

- Implementarse las medidas necesarias para la pronta efectivización del Código Penal en materia de falsificación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
 - La aprobación de la Norma Técnica de Salud para la Promoción y Publicación Farmacéutica.
 - Elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Comercio Ilegal de productos y dispositivos médicos.
 - Establecer las reuniones de coordinación con el INDECOPI, para mejorar efectividad de las sanciones en materia de promoción y publicidad farmacéutica.
- **Uso Racional de medicamentos.**
 - Permanece la necesidad de reforzar las acciones orientadas a resolver el problema relacionado con el uso irracional de medicamentos que constituye un grave problema a nivel nacional, sobre todo los elevados índices de automedicación.
 - Es necesario orientar mayores recursos y presupuestos en la promoción del uso racional de antimicrobianos, una de las principales causas de la resistencia a este importante grupo de medicamentos.
 - Promover el desarrollo de documentos normativos que permitan mejorar el uso de los medicamentos en el país, en los diferentes niveles de aplicación.
 - Lograr un mayor compromiso por parte de las Autoridades, profesionales y trabajadores de la salud, tanto del sector público y privado, en el reconocimiento del concepto de medicamentos esenciales y la necesidad de la existencia y adherencia a la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales; así como en la promoción del uso racional de los medicamentos a nivel nacional.
 - Lograr un claro compromiso por parte de los Centros Formadores de Profesionales de la salud, así como de los institutos de carreras técnicas, en las diferentes estrategias y acciones sobre uso racional de medicamentos que realice la Autoridad Reguladora de Medicamentos.
 - Establecer redes de comunicación e informática que garanticen el acceso de los profesionales y trabajadores de la salud, a información objetiva y actualiza sobre los medicamentos.
 - Fortalecer la capacitación continua de los profesionales en ejercicio, priorizando la asistencia técnica en servicio.
 - Fortalecer las diferentes áreas técnicas de la Farmacia de los diferentes establecimientos en la prescripción, dispensación y administración por parte de los profesionales de salud, con el objetivo de promover el uso adecuado de medicamentos en la prescripción, dispensación y administración por parte de los profesionales de la salud, correcto acondicionamiento de dosis principalmente para pacientes pediátricos, implementar las buenas prácticas en la elaboración de mezclas parenterales, nutrición artificial, mezclas

oncológicas, formulas magistrales y preparados oficinales, dilución de antisépticos y desinfectantes, entre otros.

- Incentivar el desarrollo de campañas informativas dirigidas a la comunidad, utilizando los medios de comunicación masiva, que permitan establecer una cultura de uso racional de medicamentos en la población en general.
- Promover la incorporación de metodologías virtuales con el objetivo de ampliar la cobertura de las acciones asumidas en el marco del uso racional de medicamentos.
- Promover el desarrollo de estudios farmacoepidemiológicos nacionales, regionales y locales que permitan identificar problemas específicos sobre el inadecuado uso de medicamentos.
- Incentivar la participación activa de las diferentes regiones del país, en el levantamiento de información en base a indicadores, que permita la toma de decisiones informadas y efectivas.

FARMACOVIGILANCIA-FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

- Se espera que el proyecto de Reglamento de la Ley 29459 sea aprobado ya que en él se ha incluido la normatividad actualizada sobre Farmacovigilancia, el fortalecimiento del SPFV con la inclusión de los Centros Regionales de Referencia de Farmacovigilancia en todas las Diresas así como los comités de Farmacovigilancia en los establecimientos de salud, también se incluye toda la normatividad sobre Tecnovigilancia. El reglamento aprobado dará un gran apoyo para el desarrollo del SPFV.
- También se ha considerado para el Segundo Semestre 2011 el desarrollo de guías para la evaluación de ensayos clínicos en grupos específicos de indicaciones, el Manual de buenas prácticas de Farmacovigilancia, la realización del Curso Internacional de Farmacovigilancia que se relazará en la ciudad de Lima del 22 al 25 de agosto del presente año, entre otras actividades.
- Se incrementaran los indicadores para medir el avance de la farmacovigilancia en las regiones así como promover la realización de estudios farmacoepidemiológicos.

Oficina General de Comunicaciones

Publicidad.- En el Plan Anual de Publicidad 2011, se contempla la ejecución de 16 campañas informativas en salud, cuyo objetivo es posicionar la cultura de la prevención, mediante la difusión de mensajes que informen y orienten al público objetivo sobre la necesidad de desarrollar hábitos de vida saludables y para el primer semestre se ha previsto desarrollar las campañas de: Prevención de IRAS/Neumonía, Inmunizaciones, Maternidad saludable y segura, Medicamentos genéricos, Aseguramiento Universal en Salud, Prevención de la tuberculosis, Donación voluntaria de Sangre, Prevención de enfermedades no trasmisibles y Prevención de accidentes de tránsito.

Cooperación.- La Oficina General de Comunicaciones inició diversas coordinaciones de trabajo con el Consorcio “Socios En Salud y Proceso Social”, sub receptores del Programa de la 8ª Ronda del Fondo Mundial. El consorcio cuenta con presupuesto para financiar actividades de comunicación en el marco del Obj. 1 “Escalamiento de las acciones de prevención en TB en población general y en poblaciones de alta vulnerabilidad y expuestas a alto riesgo de infección tuberculosa”.

Elaboración de directivas.- Para el 2011, la Oficina General de Comunicaciones ha proyectado la elaboración de directivas que permitan establecer los criterios mínimos que todo funcionario y trabajador del Ministerio de Salud debe conocer con respecto al uso del logotipo institucional, la validación de materiales informativos y educativos, y los criterios para las publicaciones en temas sanitarios.

Capacitación del personal.- La Oficina de Comunicación Social ha considerado importante llevar a cabo en el presente año, la capacitación de todo el equipo técnico, en tres temas principales: diseño y elaboración de proyectos, monitoreo y evaluación de campañas comunicacionales, y marketing social. Todo ello con el fin de actualizar conocimientos, así como brindar una gama de herramientas para desempeñar un mejor trabajo, fortaleciendo el rol rector de la Oficina General de Comunicaciones.

Falta de un almacén.- Existe la urgente necesidad de contar con un almacén para el material informativo de la Oficina General de Comunicaciones, por la naturaleza del trabajo cotidiano, resulta sumamente importante contar con un espacio donde se pueda guardar los productos comunicacionales de manera ordenada y codificada, debido a que es necesario contar con material informativo en stock, para distribuir durante todo el año en las campañas y ferias informativas, cubrir casos de emergencias de salud, o desastres naturales; así como para el abastecimiento mensual que se realiza a las Direcciones de Salud.

Actualmente, los materiales se almacenan en los espacios comunes, en los pasadizos o frente a la imprenta, hecho que origina el rápido deterioro de los productos, así como un riesgo para la seguridad de los trabajadores del área. Ya se ha cursado una nota informativa a la Alta Dirección solicitando un almacén, pero aún no se ha obtenido una respuesta viable sobre el tema.

Recorte Presupuestal.- El recorte presupuestal afectó directamente la ejecución del trabajo planificado el desarrollo de las actividades programadas. Esta situación impidió la difusión de la publicidad en medios masivos, uno de los más importantes mecanismos de información al público objetivo. Si bien los spots programados contaban con cobertura, el recorte presupuestal hizo que se tuviera que pedir una ampliación, para poder cubrir el Plan de Publicidad. En tal, sentido, es necesario que las instancias decisoras comprendan la necesidad de cumplir y fortalecer el Plan Anual de Publicidad, que permitirá difundir las medidas preventivas en salud, así como los importantes avances del Aseguramiento Universal en Salud.

En lo referente al Portal Institucional para el próximo semestre 2011 quedan pendientes las actividades establecidas en el Plan del Minsa de la Promoción de la

Ética, la transparencia y lucha contra la corrupción, como son las campañas de difusión y capacitaciones a nivel nacional, ampliación de la red de portales de transparencia y acceso a la información Pública,

La planificación del Plan Estratégico de Gobierno Electrónico para la Oficina General de Comunicaciones establecido por RM N° 061-2011-PCM, el mismo que deberá incluirse en el Plan Operativo de la OGC para el 2012.

La aplicación del CAP vigente para incorporar una plaza F-3 para el responsable del Portal de Transparencia del Ministerio de Salud.

Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud

- Aprobación del Reglamento de Organización y Funciones
- Elaboración del Nuevo Cuadro para la Asignación de Personal de la DARES, considerando la magnitud de las funciones y el incremento de las necesidades de recursos estratégicos en el tiempo.
- Elaboración del Manual de Organización y Funciones
- Elaboración del Manual de Procedimientos
- Elaboración del Plan Estratégico Multianual con los usuarios de la red asistencial.
- Elaboración del Presupuesto Institucional de Apertura 2012
- Sistematizar los requerimientos y necesidades de recursos estratégicos para su satisfacción más eficaz.

Oficina General de Administración

Contaduría General

1. Información Financiera, Presupuestaria y de Cuentas de Enlace ejercicio 2011:

A la fecha se encuentra en proceso de implementación la nueva versión del sistema SIAF-SP para el ejercicio 2011, por lo que la Dirección Nacional de Contabilidad Pública mediante Resolución Directora No. 003-2011-EF/51.01 proroga hasta el 15 de julio del 2011 el plazo de presentación de la información financiera y presupuestaria del primer trimestre del ejercicio 2011, para todas las entidades gubernamentales comprendidas en la Directiva No. 001-2011-EF/51.01 aprobada con Resolución Directoral No. 002-2011-EF/51.01.

2. En proceso el Sinceramiento Contable aprobado mediante la Ley 29608 con la R.D. No. 012-2011-EF/930.01 aprueba la Directiva No. 003-2011-EF/93.01 "Lineamientos básicos para el proceso de saneamiento contable en el Sector Público" donde se detalla los procedimientos que deben tener en cuenta los titulares de las entidades gubernamentales bajo responsabilidad la implementación de Acciones de Saneamiento de la información contable.

3. En proceso la implementación de medidas correctivas de los siguientes informes contables:

- Informe No. 052-2002-2-0191-IGS/OCCNTS, Recomendación No. 2, 3, 4 y 5
 - Informe No.019-AF-2002-IGS/OECAF, Recomendación No. 1
 - Informe No. 018-2003-2-0191-EE-OECNTS/IG, Recomendación No. 11
 - Informe No. 033-2004-2-0191-EE-OECNTS/IG, Recomendación No. 5 y 7
 - Informe No. 021-2005-2-0191-AF-OECAF-IG/MINSA, Recomendación No. 8
 - Informe No. 006-205-3-0392-Ramón Ruffner & Asoc. Recomendación No. 5, 6 y 12
 - Informe Largo de Auditoría Francisco Sánchez Guerrero Asoc. Recomendación 2
 - Informe No. 001-2007-2-191-EE-OCNTS-OCI/MINSA Recomendación 7
 - Informe Largo de Auditoría y Examen especial a la información presupuestaria al 31.12.07 formulada por la Auditoría Agreda Asociados, Recomendación No. 7
 - Informe Largo financiero reformado emitido por la Sociedad de auditoría Ángel López Aguirre Año 2008 Recomendación No. 2, 4, 5 y 6.
 - Informe Largo Auditoría por el examen financiero operativo del ejercicio 2009 de Ángel López Aguirre Asociados Recomendación No. 4, 5 y 6.
4. La aprobación de la Directiva “Procedimiento para la aplicación del porcentaje para el cálculo de la estimación de cobranza dudosa y castigo de las cuentas incobrables.
 5. Se encuentra pendiente de aprobación el Proyecto de Manual de Organización y Funciones de la Contaduría General.

Tesorería

1. La aprobación del Manual de Procedimientos de la Tesorería
2. La aprobación de la Directiva de Caja Chica del 2011
3. Implementación del Sistema de Recaudación

Contabilidad

Los temas que quedan pendientes de la Gestión saliente actualmente se encuentra en proceso de implementación y aplicación la Ley No. 29608, Ley que aprueba la Cuenta General de la República correspondiente al ejercicio fiscal 2009, dispone que los Titulares de las entidades gubernamentales a partir de la aprobación de la acotada ley dictarán en sus respectivas jurisdicciones, bajo responsabilidad la implementación de Acciones de Saneamiento de la Información Contable, para lo cual las entidades realizarán las gestiones administrativas necesarias con el objeto de depurar la información contable.

Cuentas que están dentro del alcance del Saneamiento Contable:

Informe de Transferencia de Gestión

Sub-Cuenta	Denominación	S/. Importes
1201.99	Ctas Por Cobrar de Dud Recup.	1 541 953,32
1202.99	Ctas. Por Cobrar Div de Dud Rec	87 017 218,18
1202.0801	Préstamos Concedidos	507,33
1202.0802	Responsabilidad Fiscal	25 731,00
1202.0402	Proveedores	1 004 975,13
1205.0501	Viáticos	223 026,38
1205.0502	Otras Entregas a Rendir Cuenta	86 449,44
1310	Desvaloriz de Bienes Corrientes	676 769,11
1505.0601	Encargos Generales Otorgados	3 327 421,67
1205.98	Otros Contratos por Anticipados	133 150 561,99
1501.0708	Edific. No Resid Por Transferir	114 237 469,73
1503.02	Maq. Eq. Mobiliario y Otros	91 070,15
2103.99	Otros Gastos Por Pagar	5 785 673,85

Por consiguiente se recomienda a la Gestión entrante, que brinde todo el apoyo necesario y la continuidad de las labores encaminadas en aras de cumplir con la normativa antes mencionada.

Anticipos concedidos. (Variación de Saldos)

	Contratista	Otras Rendir Cta.	Proveedores	Encargos Gies	Encar. Internos	Otras	Cargas
2006			5 291 158,82	42 233 669,64	377 862,11		10 304 834,23
2007			9 326 440,56	132 445 119,88	716 156,49		139 895 242,36
2008			4 916 632,25	99 867 861,49	1341 423,33		161 205 776,93
2009	1 279 716, 50	207 263,45	1 068 817,63	45 379 138,76	524 058,65		163 757 780,66
2010	108 141 485, 89	86 449,44	1 004 448,78	3 327 421,67	223 026,38		133 150 561,99

Cobranzas Pre coactivas

- Institucionalizar la Oficina de Ejecutoria Coactiva dentro de la estructura organizativa de la oficina General de Administración.
- Implementación de un SOFTWARE para realizar la cobranza precoactiva
- La determinación de costos de los procedimientos administrativos prestados en exclusividad por el Ministerio de Salud por el Ministerio de Salud

documento que permitirá formular el TEXTO UNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS (TUPA), con la participación de la Oficina General de Planificación y Presupuesto.

Cada uno de estos aspectos debe ser absuelto en su oportunidad, a fin de optimizar la gestión.

Contabilidad Integrada

Información Financiera, Presupuestaria y de Cuentas de Enlace ejercicio 2011:

A la fecha se encuentra en proceso de implementación la nueva versión del sistema SIAF-SP para el ejercicio 2011, por lo que la Dirección Nacional de Contabilidad Pública mediante Resolución Directoral No. 003-2011-EF/51-01 prorroga hasta el 15 de julio del 2011 el plazo de presentación de la información financiera y presupuestaria del primer trimestre del ejercicio 2011, para todas las entidades gubernamentales comprendidas en la Directiva No. 001-2011-EF/51.01 aprobada con Resolución Directoral No. 002-2011-EF/51.01

Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM)

- Supervisar la ejecución de los PIPs bajo la competencia de DGIEM.
- Cumplir con las metas operativas programadas en el Plan Anual 2011.
- Concluir con las metas físicas pendientes de adquisición para 49 Proyectos de Inversión Pública incluido los priorizados.
- El Manual de Organización y Funciones ha sido observado por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, siendo necesario subsanar las observaciones por parte de la Dirección de Equipamiento y la Dirección de Mantenimiento para luego de su opinión favorable, ser aprobado.
- Impulsar la gestión del saneamiento físico legal de los terrenos donde se ejecutan los proyectos de inversión de los EESS.
- Fortalecer la Asistencia Técnica a los niveles regionales a fin de mejorar la gestión en el saneamiento físico legal de los EE.SS. que lo requieran.
- Implementar y capacitar a los gobiernos regionales en el tema de saneamiento físico legal de los inmuebles del sector salud.
- Fortalecer el rol de regulación e implementación del Catastro de los predios del Sector Salud, a fin de constituir un Sistema de Información Catastral.
- Realizar capacitaciones periódicas en el tema del catastro a las DISAS y DIREAS y/o Gobiernos Regionales.
- Elaborar los documentos normativos necesarios para la implementación del catastro en sus Direcciones de Salud, Redes y Microredes.

- Supervisar la ejecución de los PIPs bajo la competencia de DGIEM, a fin que su funcionamiento cumpla con los objetivos determinados en los estudios de pre inversión.
- Mejorar las condiciones de todos los establecimientos de salud para que permanezcan accesibles y funcionando a su máxima capacidad operativa inmediatamente después de un desastre.
- Proteger la vida de los ocupantes, la inversión y la función de los nuevos establecimientos de salud y de los existentes.
- Diseñar y ejecutar proyectos de inversión de nuevos establecimientos de salud seguros y planes de mejora en los ya existentes, utilizando las normas e instrumentos de reducción del riesgo de desastres, a nivel de todos los gobiernos regionales y locales del país
- Mejora de procesos administrativos para dinamizar los trámites documentarios.
- Impulsar el rol de regulación en materia de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los EESS.
- Fortalecer la Asistencia Técnica a los niveles regionales a fin de mejorar la gestión de los recursos físicos así como la ejecución de los Proyectos de Inversión en su ámbito.
- Impulsar el rol de regulación en materia de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los EESS.

Dirección de Infraestructura

1. Seguimiento de procesos de arbitraje a cargo de la procuraduría pública del MINSA con la asistencia técnica de la Dirección de Infraestructura.
2. Seguimiento y control de ejecución de obras con término pendiente, a saber:
 - a) Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, Tercer Nivel de Atención, 8vo Nivel de Complejidad, Categoría III-2, Lima – Perú
 - Continuar con el seguimiento y control de la ejecución hasta su pronta culminación.
 - Iniciar la provisión e instalación de equipamiento médico.
 - Implementar las pruebas en vacío, puesta en servicio y posterior transferencia de la nueva infraestructura a la actual administración de INSN.
 - b) Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital Regional de Ica – DIRESA Ica
 - Continuar con el seguimiento y control de la ejecución hasta su pronta culminación.
 - Iniciar la provisión e instalación de equipamiento médico.
 - Implementar las pruebas en vacío, puesta en servicio y posterior transferencia de la nueva infraestructura al Gobierno Regional de Ica.
 - c) Reconstrucción de la Infraestructura y Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica – Ica

- d) Continuar con el seguimiento y control de la ejecución hasta su pronta culminación.
 - Iniciar la provisión e instalación de equipamiento médico.
 - Implementar las pruebas en vacío, puesta en servicio y posterior transferencia de la nueva infraestructura al Gobierno Regional de Ica.
- e) Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital San Juan de Dios de Pisco – DIRESA – Ica
 - Continuar con el seguimiento y control de la ejecución hasta su pronta culminación.
 - Continuar con la provisión e instalación de equipamiento médico.
 - Implementar las pruebas en vacío, puesta en servicio y posterior transferencia de la nueva infraestructura al Gobierno Regional de Ica.
3. Contratación de servicios de consultoría para ejecución de obra de los proyectos de inversión:
 - a) Fortalecimiento de la Atención de los Servicios de Emergencia y Servicios Especializados - Nuevo Hospital Emergencias Villa El Salvador.
 - b) Fortalecimiento de la Atención de los Servicios de Emergencias y Servicios Especializados - Nuevo Hospital de Lima Este - Vitarte.

Dirección de Equipamiento

Que la Oficina General de Administración culmine con la adquisición de los bienes programados en el POA, de la DGIEM, en el presente año concerniente a los Proyectos de Inversión Pública que cuentan con cobertura Presupuestal.

Dirección de Mantenimiento

1. Terminar de elaborar la Norma Técnica de Mantenimiento de Equipos Hospitalarios.
2. Concluir con las actividades pendientes en el Plan Operativo del II Semestre.

Catastro y Formalización

Se tiene programado el Evento organizado por la DGIEM en coordinación con la Secretaría Técnica del Sistema Nacional Integrado de Catastro, denominado “Conversatorio de Especialización Técnico Catastral del Sistema Nacional Integrado de Información Catastral Predial-SNCP, programado para los días 07 y 08 de Julio del presente año, dirigido a los representantes o responsables en la organización del catastro de los EE.SS, de las DIRESAS, GERESAS y DISAS.

Unidad Técnica

Seguimiento de la ejecución de los proyectos de inversión priorizados:

- Recepción de obras
- Pruebas de Equipos

- Transferencia a usuarios
 - a) Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, INSN, Tercer Nivel de Atención, 8vo nivel de complejidad, Categoría III-2, Lima –Perú,
 - b) Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital Regional de Ica - Diresa Ica
 - c) Reconstrucción de la infraestructura y mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud del Hospital Santa María del Socorro-Ica
 - d) Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital San Juan de Dios de Pisco – Diresa Ica

Procesos de licitación e inicio de obras de los proyectos de inversión pública:

- a) Fortalecimiento de la atención de los servicios de emergencias y servicios especializados - Nuevo Hospital de Lima Este – Vitarte.
- b) Fortalecimiento de la atención de los servicios de emergencia y servicios especializados - Nuevo Hospital Emergencias Villa El Salvador

Coordinación y seguimiento en el avance de ejecución de obras del proyecto de inversión pública:

- a) Mejoramiento de la Atención de las Personas con Discapacidad de Alta Complejidad en el Instituto Nacional De Rehabilitación

Comité de Hospitales Seguros

- Participación en la Modificación de algunos artículos del Reglamento Nacional de Edificaciones basándose en los criterios de Hospitales Seguros.
- Implementación y ejecución del presupuesto destinado por el MEF para Gestión de Riesgos en Desastres.

Asistencia Técnica en elaboración de estudios de pre inversión

- Perfil del Centro de Salud San Cosme- Disa Lima Ciudad
- Perfil de la Unidad Oncológica para el Hospital regional de Cajamarca
- Fortalecimiento de la Gestión

CONVENIOS

PROYECTO: RECONSTRUCCION DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA. MINSA – AECID

Periodo 2011

- Elaboración del Informe de Seguimiento al II Semestre de las actividades desarrolladas del proyecto: reconstrucción del Hospital Santa María del Socorro de Ica. MINSA-AECID.

IMPLEMENTACION DE MODULO TEMPORAL DE HOSPITALIZACION PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

- Ejecución del presupuesto donado del FGCPJ, para las operaciones complementarias de mantenimiento del Módulo temporal de hospitalización para el Hospital Regional de Ica, el cual aún no ha sido aprobado en el PCA por el MEF.
- Elaboración del Informe Final de Cierre del Proyecto en coordinación con la OGA.

ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

- Seguir contribuyendo con el Plan de implementación del Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.
- Continuar con la implementación del AUS en las zonas piloto del aseguramiento universal, a través de la asistencia y evaluación técnica en la identificación de brechas y reposición de equipos, así como en el seguimiento e implementación del programa de mantenimiento preventivo en los establecimientos de salud.
- Seguir impulsando el rol de regulación en materia de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los EESS a nivel nacional en el marco de las funciones descentralizadas e implementando el Plan de FPNA.
- Continuar con la Asistencia Técnica a los niveles regionales a fin de mejorar la gestión de los recursos físicos así como la ejecución de los Proyectos de Inversión en su ámbito, a través de los talleres de Asistencia Técnica en Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento como el realizado con la Región Apurímac en el presente año.

Dirección General de Salud Ambiental - DIGESA

1. Difusión de los resultados de la vigilancia de los servicios de agua y saneamiento en beneficio de la población.
2. Estrategias de ordenamiento Ambiental como alternativa de prevención y control de vectores y roedores.
3. Implementación de la extensión de la iniciativa de riesgo con secas intermitentes para el control de la malaria.
4. Promover estudios de efectividad y residualidad de los mosqueteros impregnados de larga duración.
5. Cooperación técnica No. ATN/OC-11935PE-Programa de apoyo al desarrollo al sector de residuos sólidos en el Perú.
6. Guías de Estudios Ambientales.
7. Elaboración y aprobación de las siguientes Normas
 - Plan Nacional Vigilancia Sanitaria de recursos hídricos
 - Guía Técnica de Vigilancia Sanitaria de suelos
 - Reglamento de sustancias y preparados químicos

- Reglamento de residuos peligrosos
- Reglamentos de desinfectantes y plaguicidas de uso doméstico en salud pública e industrial.
- Norma técnica de inspecciones de ambientes libres de humo de tabaco
- Lineamientos para la aplicación de sanciones por incumplimiento de la Ley General para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco.
- Guía Técnica de estudios puntuales de calidad del aire.
- Plan Nacional Vigilancia Sanitaria de suelos
- Elaboración del Reglamento de Plaguicidas y Desinfectantes de Uso Doméstico, Industrial y en Salud Pública.
- Modificación del Reglamentos de Cementerios y Servicios Funerarios.
- Guía para la elaboración de Estudios Ambientales para proyectos de establecimientos del sector Salud.
- Clasificación de los Laboratorios de Salud Ambiental de las DESA's.
- Modificatoria del reglamento de la Ley General de Residuos Sólidos Ley No. 27314
- Directiva de Vigilancia y Control de Anofeles, SPP, Vector de la malaria.
- Condiciones generales para la atención de los servicios de ensayo solicitados al Laboratorio de Control Ambiental.
- Guía Técnica: "Procedimiento de toma de muestras para la determinación y cianobacterias y microcistinas en fuentes de agua destinadas al consumo humano, baño y recreación.
- Guía Técnica para la toma de muestras de aguas para el análisis parasitológico
- Guía Técnica para el análisis parasitológico en muestras de agua de consumo.

8. Acuerdos-convenios

- Renovación del Convenio MINSA/DIGESA – SEDAPAL, en el marco de la Protección de los recursos hídricos celebrado mediante el Convenio N° 002-2009/MINSA, para la vigilancia Sanitaria de la cuenta del río Rímac.
- Cumplimiento de lo establecido en la RM N° 619-2010/MINSA, Acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente –PNUMA, para la realización de proyectos piloto en América del Sur, específicamente en Bolivia y Perú, en reducir el uso de mercurio en la minería artesanal y de pequeña escala de oro.
- Cumplimiento de lo estableció en el convenio N° 024-2009-MINSA que aprueba la Cooperación interinstitucional entre el MINSA y la Fundación Suiza para el Desarrollo Técnico SwissContact, para el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, dotación de insumos e implementación de sistemas de tratamiento para el manejo de los Residuos Sólidos generados en establecimiento de salud.

- Continuación del Proyecto Camisea para la Vigilancia Sanitaria de los Recursos Hídricos ubicado en el ámbito del proyecto.
- 9. Ejecución del II Estudio de Saturación en Lima Callao del estado de la calidad de aire, empleando métodos activos, automáticos y pasivos.
- 10. Elaboración del Programa de Atención y Vigilancia Epidemiología, Ambiental y Sanitaria hacer aplicado en cada emergencia ambiental.
- 11. Continuar con la Opinión Técnica de la evaluación de los expedientes técnicos de plaguicidas químicos de uso agrícola (PQUA) de acuerdo a lo señalado en el Art. 76° del D.S N° 016-2000-AG, teniendo en cuenta adicionalmente lo indicado en la R.D. N° 1059-2008-AG-SENASA-DIAIA donde se establece el proceso de reevaluación de aproximadamente 600 expedientes técnicos de PQUA a partir de junio de 2012.
- 12. Fortalecer la gestión técnica normativa con la formulación y actualización en el marco de la Ley de Inocuidad de los alimentos con proyectos para la gestión, como el proyecto para medidas sanitarias, así como de otros estrictamente técnicos orientados a aspectos sociales como la alimentación escolar, en hospitales, entre otros.
- 13. Culminar con éxito la participación de la DHAZ en los proyectos regionales de la FAO y de la Unión Europea.
- 14. Integrar como sector la Comisión Nacional de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias OMC
- 15. Curso de capacitación de los inspectores a nivel nacional.
- 16. Establecer posición país para el proyecto de Decisión Andina de Inocuidad Alimentaria a nivel internacional ante la Comisión de Higiene de los Alimentos del Codex Alimentarius.
- 17. Descentralización del Registro Sanitario una vez culminado el software
- 18. Una vez aprobado, la difusión e implementación del Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario Alimentos en el nivel regional, tanto a la empresa privada como a las autoridades sanitarias regionales y locales.
- 19. Atención de conflictos sociales en tema de salud ambiental tales como:
 - Poblado Menor Nueva Raura – Huánuco
 - Poblado menor Juprog – Ancash
 - Cuenca del río Ramis – Puno
 - Comunidad del río Corrientes – Loreto
- 20. Desarrollo de la II Maestría de Salud Ocupacional.
- 21. Desarrollo del Programa de Protección de la Salud de los Trabajadores del sector salud: Prevención de la VHB, VHC y VIH, Prevención de la Tuberculosis Ocupacional e Influenza A H1N1.

22. Aprobación de las normas técnicas de salud ocupacional (ruido, iluminación, mercurio, asbesto, herramientas del ASISO y del Capítulo VII de la Ley General de Salud).
23. Implementación del Plan Nacional de Erradicación de la Silicosis.
24. Implementación del Plan Nacional de Salud Ocupacional en el Sector de Agricultura.
25. Implementación del Plan Nacional de Análisis Situacional de Salud Ocupacional (ASISO).
26. Implementación del Plan Nacional de Gestión Seguridad y Salud Ocupacional en Hospitales / Institutos Especializados.
27. Implementación del Plan Nacional de Prevención de daños a la salud por factores Disergonomicos.
28. Desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer Ocupacional.
29. Implementación del Plan Nacional de Prevención de Ruido Ocupacional.
30. Implementación del Plan Nacional de Prevención de riesgos Psicosociales ocupacionales (estrés laboral, neurotóxicos y técnicas integrales).
31. Implementación del Plan Nacional de salud Ocupacional en el Sector de Minería.
32. Implementación de nuevos métodos de ensayo de laboratorio.
33. Acreditación de los métodos de ensayo de Laboratorio.

Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud - PARSALUD II

Gestión

Está en proceso la aprobación final de los PIP de oferta y demanda, este trámite se ha hecho largo por los tiempos de revisión de la OPI del MINSA.

COMPONENTE I: Fortalecimiento de la demanda

Temas que quedan pendientes de la gestión actual:

- Talleres regionales para la formulación de planes regionales de la implementación de la EPPES.
- Reuniones técnicas para la formulación de los planes locales de implementación de la EPPES en los distritos priorizados: se propone la formulación conjunta de los planes locales de implementación de la EPPES, entre la Microrred de Salud, el Gobierno Local y otros actores locales. Se han previsto 4 reuniones en cada distrito las que han de desarrollarse luego del taller regional para la formulación de los planes regionales de la EPPES. Una para formular los planes de implementación de la EPPES a nivel de distritos, formulados por cada Microrred y 3 más para acompañar en su ejecución y ajustes.
- Reuniones Regionales de Monitoreo para la implementación de la EPPES.

- Adecuación de los contenidos de los materiales para la implementación de la EPPES: diseño, adecuación y validación, en el marco del Documento Técnico para la Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil. La DGPS deberá proponer un kit básico para la implementación de la EPPES. Este deberá ser adecuado a la realidad cultural y requerimientos de cada región. Se seleccionarán de 3 a 4 regiones tipo para realizar la adecuación cultural básica, 2 de sierra y 2 de selva.
- Reproducción de materiales educativo comunicacionales para la implementación de la EPPES. En el marco de esta actividad deberá reproducirse en principio 400 paquetes de materiales principalmente audiovisuales, diseñados, adecuados y validados en el marco de la actividad anterior. Al año de su uso, luego de evaluarse, la efectividad de dichos materiales, se procederá a realizar los ajustes de ser necesario y una reproducción de 800 paquetes más. Con cargo a esta actividad deberá reproducirse cada año (por 3 años) las bases para los Fondos Concursables así como los afiches y banderolas para su difusión en las regiones y microredes priorizadas.
- Organización e implementación del Fondo Concursable (FC):

COMPONENTE II: Mejoramiento de la oferta

- Realizar las acciones de desarrollo de competencia para mejorar y adecuar los procesos de vigilancia ciudadana en Salud.
- Culminar la consultoría para Formular el Plan Curricular del Diplomado en Promoción de la Salud, a la fecha se encuentra en la elaboración del tercer producto según los términos de referencia.
- La evaluación externa en los Hospitales de Cajamarca y Cusco, para calificar como sedes de pasantía en emergencias obstétricas y neonatales.
- Elaborar los PIP para la Centros de Hemoterapia Proyecto de Inversión Pública a nivel de perfil de las regiones que los soliciten. Hasta el momento sólo la DIRESA Ucayali ha realizado la solicitud oficialmente.
- Apoyar a las regiones en la Organización de las Redes de Banco de Sangre para mejorar el abastecimiento y disponibilidad de sangre, en especial en la red de atención materna.
- Diseño de redes de almacenamiento y sistemas de distribución regional para productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

Las regiones de Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Ucayali y Puno, han solicitado apoyo para optimizar su sistema de suministro en los establecimientos de salud, principalmente en el ámbito de las provincias / redes, a fin de mejorar la disponibilidad de medicamentos e insumos para atender la demanda terapéutica de la población.

- Continuar con la elaboración de Proyectos de Inversión Pública en Salud a nivel de Perfil para el Almacén de Medicamentos de Apurímac, Cajamarca y Puno. Para mejorar la capacidad de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, garantizando las condiciones adecuadas para el mantenimiento de la

calidad de los productos, mejorando el abastecimiento de los establecimientos de salud.

- Continuar con el fortalecimiento de capacidades de personal responsable del sistema de suministro en las regiones de Cusco y Puno, a través de los Talleres de Gestión de Stocks de Medicamentos para el Parto y las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

VI.4. COMPONENTE III: Gobierno y Financiamiento

- En relación a la implementación del Documento Técnico “Promoviendo el Derecho a la Identificación para el ejercicio del Derecho a la Salud en el marco del Aseguramiento Universal”, están pendientes las siguientes acciones:
 - ✓ Desarrollar la metodología y herramientas para sistematizar información adecuada y pertinente sobre el acceso a la identificación y aseguramiento.
 - ✓ Ajustar la metodología para el monitoreo y evaluación de la implementación del componente educativo comunicacional.
 - ✓ Adecuación de mensajes relacionados a la identidad y aseguramiento en la consejería y sesiones demostrativas, así como en la provisión de los servicios que entrega el personal de salud en los lugares ámbito del PROGRAMA.
 - ✓ Ejecutar la campaña comunicacional, así como la elaboración de su respectivo informe y evaluación
 - ✓ A partir de la evaluación respectiva se deberá adecuar los contenidos de los mensajes claves desde una perspectiva de derechos, género e interculturalidad.
- Diseño del Sistema de Gestión de la información de prestaciones de la SUNASA: Consultoría de Firma para la SUNASA, está pendiente la No Objeción del Banco Mundial a las bases del concurso.
- Culminar el apoyo técnico al SIS para la elaboración del estudio sobre las transferencias financieras a favor de las unidades ejecutoras de los establecimientos de salud a nivel nacional, en coordinación con las distintas Gerencias del SIS.⁷El estudio como bien señala dicha disposición complementaria de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, es de carácter financiero de evaluación situacional.
- Está pendiente la realización de un estudio que analice la situación de las transferencias financieras realizadas por el Seguro Integral de Salud a las unidades ejecutoras durante el período comprendido entre enero 2008 a diciembre 2010, en el

⁷ La Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, en la Septuagésima Segunda Disposición Complementaria Final dice: Dispóngase la creación de una comisión multisectorial conformada por un (1) representante del Ministerio de Salud, un (1) representante del Ministerio de Economía y Finanzas y dos (2) representantes del Seguro Integral de Salud (SIS), de los cuales uno (1) de ellos presidirá, encargada de elaborar un estudio sobre la situación de las transferencias a favor de las unidades ejecutoras de los establecimientos de salud a nivel nacional. La comisión culmina sus funciones con la emisión de un informe final financiero de evaluación situacional.

marco presupuestario según ley, a fin de sustentar la atención de las transferencias financieras pendientes que pago.

- Concluir con la delimitación de las funciones de los distintos niveles de gobierno, ello implica por un lado, realizar una revisión detallada de las funciones transferidas en términos de identificar las posibilidades de fortalecimiento de las capacidades regionales para el adecuado ejercicio de las funciones.
- Culminar el Documento Técnico de Criterios para la delimitación de Redes Funcionales de Atención, con énfasis en el Eje Materno Neonatal.
- Validación y culminación de la Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora De Servicios (UPS) Centro Obstétrico.
- Elaboración y validación de la Norma Técnica de Salud de la UPSS Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales UCI.
- En relación al documento “Diseño de la Vigilancia Ciudadana y Metodología para su implementación en las regiones, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud” es necesario validar el proceso, así mismo a partir de esta experiencia se deberá elaborar la Guía metodológica que necesita la DGPS. Así mismo realizar las reuniones de monitoreo
- Culminar con la elaboración del identificador estándar para dispositivos médicos, que definirá a nivel sectorial la clasificación, denominación y codificación para los insumos que se utilizan en las atenciones de salud. Este identificador estándar complementa los estándares de datos en salud, unifica la información para las transacciones que se efectuarán en el marco del Aseguramiento Universal de Salud. Asimismo, contribuye con la reducción de gastos, facilitando la integración vertical y horizontal de las cadenas de suministro a nivel nacional y regional, reduciendo entre otros, los costos logísticos de las instituciones públicas y privadas.
- Actualización de la norma del sistema integrado de suministro de productos farmacéuticos y dispositivos médicos del MINSA – SISMED, norma que regula el sistema de suministro a nivel nacional, regional y local, la cual debe responder a las exigencias de la descentralización y de la gestión por resultados. Fortaleciendo el rol de los niveles regionales y locales, favoreciendo la sostenibilidad del sistema de suministro.
- Fortalecer el sistema de información del SISMED, a través del desarrollo de un sistema informático con una base de datos que proteja la información de cambios externos irregulares, que soporte implementar transacciones que permitan la recuperación de la información a un punto estable ante la eventualidad de fallas de hardware o interrupción de energía e implementar rastros de auditoría en la base de datos. Así mismo, debe mantener compatibilidad con diversos aplicativos informáticos del Sector Salud y relacionados (Sistema de Gestión Administrativa - SIGA, Registro Nacional de Establecimientos de Salud - RENAES, SIS, entre otros).

ADMINISTRACIÓN Y MONITOREO

En los temas de Monitoreo

- Culminar la Línea de Base Cuantitativa del PARSALUD II.

- Elaboración del Plan de Monitoreo de Gestión, identificando las variables susceptibles de medición. Este plan debe estar listo para fines del mes de junio.
- Validar la propuesta del diseño técnico-metodológico del Fortalecimiento del Monitoreo y Evaluación de Intervenciones Sanitarias en las región Cajamarca.

En temas Administrativos – Financieros

- Reiterar la solicitud de ampliación del PCA debido a que el PROGRAMA tiene un PCA de 132 millones de Nuevos Soles y un marco de 197 millones de Nuevos Soles, aproximadamente.
- Concluir la sistematización de los diferentes reportes financieros y presupuestales exigidos por los bancos, el Fondo Mundial y el Ministerio de Economía y Finanzas - MEF. Cabe señalar, que el Sistema de Monitoreo Administrativo Financiero (SIMAF) se encuentra en etapa de implementación.
- Reiterar a la Dirección General de Endeudamiento y Tesoro Público del MEF la reformulación de la tabla de financiamiento establecida en los contratos con los bancos. Al 31/05/11 contamos con la autorización del BID y se encuentra pendiente la correspondiente al BIRF, los oficios emitidos sobre esta solicitud son, el Oficio N° 0506-2011-PARSALUD/CG y el Oficio N° 0175-2011-PARSALUD/CG.
- Para mejorar la operatividad de los desembolsos, en coordinación con el BID, se ha acordado elevar el monto del Fondo Rotatorio al 10% del monto total del contrato, vale decir US\$ 1'500,000.00, estando pendiente la aprobación del banco.
- El presupuesto programado para el financiamiento del componente Administrativo no contempló los gastos de implementación de la Unidad Ejecutora, debido a que al momento de la realización del estudio de factibilidad del Programa se tuvo el supuesto de que la Unidad Ejecutora PARSALUD I estaría plenamente operativa. Sin embargo fue necesario implementar una nueva Unidad Ejecutora (instalación física de la Sede, contratación de equipos de trabajo y los bienes y servicios para su puesta en operación) para la realización de la segunda etapa del Programa, debido a que la anterior Unidad Ejecutora fue liquidada. Por lo tanto, es necesario regularizar esta situación y considerar estos gastos de implementación dentro del financiamiento del componente Administrativo del Programa, gestionándose los recursos presupuestales para su financiamiento.
- Respecto de los procesos de selección en curso, se deberán efectuar las acciones que correspondan hasta la formalización de contratos y su posterior ejecución, desde la etapa en que actualmente se encuentre cada uno, y de acuerdo a las acciones que correspondan según sea el tipo de proceso de selección convocado, y en el marco de las políticas de los Bancos, según le sea aplicable.
- Respecto a los procesos de selección que se encuentran incluidos en el Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones - SEPA del BID y del BIRF, cuya remisión de requerimiento de contratación se encuentra pendiente por parte de las dependencias del PROGRAMA (usuarios), se puede resumir lo siguiente:

Informe de Transferencia de Gestión

- **Procesos Pendientes - SEPA BID:**

Rubros	Monto Estimado (U\$)	Cantidad
Obras	3,598,840.07	2
Bienes	0.00	0
Firmas	684,960.10	8
Servicio Consultoría Individuales	1,628,202.33	61
Servicio No Consultoría	72,287.48	3
Total	5,984,289.98	74

- **Procesos Pendientes - SEPA BM:**

Rubros	Monto Estimado (U\$)	Cantidad
Obras	1,597,055.86	1
Bienes	3,282,687.28	2
Firmas	1,214,044.92	10
Servicio Consultoría Individuales	1,325,712.28	20
Servicio No Consultoría	264,793.80	9
Total	7,684,294.14	42

- En relación a los procesos de selección relacionados a las actividades del Fondo Mundial, se tienen los siguientes pendientes:

Tipo de proceso	Descripción	Monto Estimado S/.	Observación
ADS	Impresión de Manual de Control de Calidad	48,634.33	Programado a convocarse en Junio
AMS	Impresión de Folletos para Programa de Atención Psicoemocional del Paciente TB-MDR/DR	19,416.36	Programado a convocarse en Junio

EN RELACIÓN PROYECTO OCTAVA RONDA FONDO MUNDIAL

- Convocatoria y seguimiento al desarrollo de las obras de acondicionamiento de nueve consultorios de tuberculosis de nueve establecimientos de salud según se detalla en el avance de ejecución del Plan Operativo.
- Implementación de las actividades conducentes a la elaboración de Planes de Control Institucional de Infección en Tuberculosis e implementación

- Desarrollo de siete talleres de capacitación PAL según cronograma del Plan Operativo y con sus respectivas reuniones de coordinación e incidencia con actores regionales.
- Acompañamiento en la implementación del PAL en regiones priorizadas.
- Desarrollo de 25 talleres de capacitación en control de calidad en diagnóstico de TBMDR en el ámbito nacional.
- Capacitación internacional en Curso Avanzado de Certificación de cabinas de bioseguridad a dos profesionales del INS
- Conclusión del diseño e implementación de doce pilotos de transporte de muestras para diagnóstico de TB.
- Convocatoria y seguimiento al desarrollo de las obras de acondicionamiento del área de tuberculosis de once laboratorios referenciales.
- Implementación del apoyo para cirugías a pacientes TBMDR según avance de proceso de contratación.
- Implementación de actividades de soporte psicoemocional para personas afectadas por TBMDR: reuniones con profesionales, terapias grupales, grupos de apoyo.
- Elaboración del Plan de Transferencia de la implementación de Fondos de Apoyo para la atención integral de pacientes TBMDR
- Seguimiento a la aprobación de las condiciones precedentes 8, 9 y 10, habiendo remitido a la fecha de este informe, la información para la CP 9 y CP10.
- Seguimiento a la discusión e incorporación del Plan de Monitoreo y Evaluación de la ESNPCT.
- Elaboración de la propuesta de Segunda Fase del Proyecto.
- Seguimiento a los procesos de entrega de bienes y equipos en el marco de los compromisos del proyecto y de acuerdo a los convenios firmados.
- Monitoreo de la implementación de las acciones apoyadas por el proyecto y evaluación del impacto de las capacitaciones según requerimiento del Fondo Mundial.
- Convocatoria del proceso de Evaluación Anual del Proyecto.
- Preparación del Plan de Uso de ahorros y recuperación de IGV obtenidos en el proyecto.

OFICINA DE INFORMÁTICA Y TELECOMUNICACIONES

Área de Desarrollo

- Desarrollo de la Nueva Versión del SISMED.
Actualmente se viene trabajando conjuntamente con DIGEMID y PARSALUD para el desarrollo de los nuevos TDR de la nueva Versión del Aplicativo SISMED.
- Desarrollo del Aplicativo de Planillas.

Se tiene pendiente el desarrollo de los términos de referencia para la elaboración del Aplicativo de Planillas del Ministerio de Salud que permita la unificación y actualización tecnológica de los aplicativos informáticos de planillas actuales.

- Sistema de Personal de la Sede Central del Ministerio.

Actualmente se ha desarrollado una nueva base de datos para el registro de todos los trabajadores del Ministerio de Salud, faltando el desarrollo de los módulos de mantenimiento y visualización.

Área de Operaciones

- Ampliación de anexos telefónicos mediante la Adquisición de Tarjetas para la central telefónica

Se tiene pendiente la adquisición de tarjetas de anexos analógicos y digitales permitirá ampliar la capacidad de la central telefónica de 64 anexos digitales y 32 anexos analógicos. El cual ha sido solicitado con Pedido de Compra 01652-2011

Asimismo es necesario adquirir nuevos equipos para la atención de diversos requerimientos contando con la disponibilidad de puertos libres en la central telefónica así como la renovación de las consolas de las operadoras las cuales tienen 10 años de antigüedad y han sido reparadas en varias oportunidades.

- Realizar la gestión para la continuidad del licenciamiento de radiocomunicaciones de las estaciones de la Red MINSA

Esta Oficina realizó los trámites correspondientes al licenciamiento de las estaciones de radio del Ministerio de Salud a nivel nacional, ante el Ministerio de Transporte y Comunicaciones, otorgándonos las licencias correspondientes según Resoluciones Directorales, motivo por el cual se tiene que gestionar la continuidad de las licencias según vencimiento.

Resolución Directoral	Nº Radios	Inicio de vigencia	Vencimiento
R.D. Nº 0799-2007-MTC/17	253	03/07/2007	03/07/2012
R.D. Nº 1033-2008-MTC/28	2082	10/06/2008	11/06/2013

Sin embargo cada Gobierno Regional debe ampliar el licenciamiento de las adquisiciones realizadas a nivel nacional, así como las obtenidas por proyectos y/o donaciones.

Área de Soporte Técnico

- Renovación de Computadoras de escritorio

Se requiere adquirir computadoras de escritorio, que reemplacen a aprox. 650 equipos HP cuya garantía y soporte técnico de 5 años ya vencieron, y cuyos mantenimientos preventivos y correctivos vienen a ser onerosos para la entidad. Pedido de Compra Nº 022-2011

- Renovación de Plotter

Se requiere adquirir un nuevo Plotter que reemplace al anterior por obsolescencia (aprox. 9 años). Este equipo es utilizado por la Alta Dirección y otras dependencias del MINSA para imprimir mapas georeferenciales y planos.

➤ Adquisición de Scanner

La Sede Central del MINSA, requiere adquirir Scanners, que permitan minimizar el uso de papel en la entidad, integrándose a la solución de trámite documentario institucional.

➤ Renovación de Proyectoros

La OGEI requiere adquirir proyectoros que permitan renovar y ampliar la oferta de Servicio de Proyección que brinda a la Alta Dirección y a las demás Oficinas y Direcciones Generales del MINSA.

➤ Renovación de Impresoras de Grupo de trabajo

La Sede Central del MINSA, cuenta con impresoras de grupo de trabajo, que ya han vencido su garantía y cumplido su tiempo de vigencia tecnológica, siendo oneroso para el MINSA su mantenimiento y reparación; por lo cual deben renovarse. Pedido de compra N° 018-2011

➤ Consolidación de Servidores

La Sede Central del MINSA, requiere adquirir Servidores, con la finalidad de consolidar servicios como el SIAF, Intranet/Censo, BD y WEB; actualmente soportados en servidores pequeños y/o antiguos. Resultando esta solución en más económica para la entidad.

➤ Solución de interconexión DIGEMID, DGE, DIGESA

La Sede Central del MINSA requiere la interconexión de sus diferentes Sedes, con fines de estandarizar y optimizar recursos tecnológicos. Considerándose en una 1ra. etapa de interconexión, a las Sedes externas con mayores equipamientos.

- ✓ Gestionar alianzas estratégicas con instituciones y cooperantes internacionales para la realización de encuestas nacionales de salud.
- ✓ Desarrollo de aplicativo informático moderno de gestión hospitalaria y para el primer nivel de atención, acorde a las necesidades actuales (identificación nominal y listado nominado) que haga uso progresivo de la tecnología web a fin de disminuir el tiempo de acceso a la información.

➤ Completar regularización del licenciamiento de software Microsoft + mantenimiento anual EA (2011 - 2013)

Adquisición que permitirá completar el licenciamiento de software establecido por el DS 013-2003-PCM, evitando sanciones administrativas y/o penales a la Institución; así como, permitirá atender nuevos requerimientos de licenciamiento de software debido al ingreso de nuevo personal. Dicha adquisición incluye el mantenimiento y soporte técnico del software a adquirir por 03 años.

OFICINA DE ESTADISTICA

- Desarrollo e Implementación de un sistema de admisión.

Los establecimientos de salud de todas las categorías, especialmente del primer nivel requieren de un sistema informático de ayuda al proceso de atención en las áreas de atención de consulta externa, emergencia y hospitalización para formar la base de datos de usuarios; a partir del cual, pueden integrarse los sistemas de caja, farmacia, radiología, laboratorio, etc.

- Intercambio de Información con Otras Instituciones

Los sistemas de información se caracterizan por capturar solamente la información institucional, todavía no existe ningún avance hacia la integración de sistemas o intercambio de información sectorial, especialmente de las prestaciones de salud que se realizan, tales como: atención de consulta externa, hospitalización, emergencia, etc.

OFICINA DE DESARROLLO TECNOLOGICO

- Implementación del Registro Nacional de Salud del Ciudadano – RNSC, que a partir de un repositorio central de historias clínicas en formato electrónico. Tiene como fin dotar al usuario y personal de salud, de información esencial para la atención sanitaria, independientemente del establecimiento en que se atienda, haciendo uso de TIC.
- Culminación de los Estudios de Pre-inversión y consecución de la viabilidad para el Proyecto de Inversión Pública “Mejora de las condiciones para la calidad de atención clínica en los nuevos establecimientos hospitalarios del MINSA, basada en tecnologías de información”, que tiene por objetivo fortalecer el Sistema de Información para la Gestión de Servicios de Salud de la Nueva Oferta Hospitalaria del MINSA (Instituto Nacional de Salud del Niño, Hospitales de Ate Vitarte y Villa El Salvador, en Lima, Hospitales Regional, Santa María del socorro y San Juan de Dios de Pisco, en Ica).
- Continuidad de la participación de la OGEI en las comisiones y proyectos de telecomunicaciones del MTC, a fin de incorporar a los establecimientos de salud de la red asistencial del MINSA en los proyectos y programas de inversión de dicho sector. Entre dichos proyectos y comisiones se encuentran:
 - ✓ Comisión Multisectorial Temporal encargada de elaborar la Estrategia Nacional de Comunicaciones por Satélite para el Estado.
 - ✓ Proyecto Tecnologías de la Información y Comunicaciones para el Desarrollo Integral de las Comunidades de Candarave.
 - ✓ Desarrollo de la Banda Ancha y masificación de la Fibra Óptica en zonas rurales y lugares de preferente interés social: Proyectos Cobertura Universal Sur, Proyectos Cobertura Universal Norte y Cobertura Universal Centro.
- Implementación de servicio y salas de videoconferencia en la Alta Dirección del MINSA.

- Aprobación e implementación del Plan Estratégico de Gobierno Electrónico del MINSA, a fin de hacer un uso efectivo de las TIC en el relacionamiento con los ciudadanos, empresas, personal de la institución y otras instituciones del estado. Como parte de las acciones de gobierno electrónico que se encuentran pendientes, se pueden mencionar:
 - ✓ Convenio MINSA – Asociación Nacional de Rectores, a fin de simplificar trámites realizados por el ciudadano y contar en línea con la información de los profesionales registrados en dicha institución.
 - ✓ Implementación del Sistema de Gestión Documentaria del MINSA, que integre todos los procesos de trámite documentario, incluyendo procesos TUPA, de todas las dependencias del MINSA, soportado en un proceso de interconexión y mejoramiento institucional de las mismas, a fin de contar con herramientas de alto rendimiento y adecuados niveles de seguridad.
 - ✓ Elaboración de Portal Web de Salud para el Ciudadano, con el fin de poner a disposición del usuario de salud, información relacionada con la oferta de servicios de salud, promoción y prevención de la salud estado de trámites con la institución, entre otros, de manera especializada y a través de un portal de internet únicamente dedicado a dichos aspectos.
 - ✓ Implementación de software de Intranet MINSA, que atienda las necesidades de colaboración y apoyo al desempeño del personal.
- Aprobación de los Lineamientos de Política para el desarrollo de las Tecnologías de Información y de Comunicaciones en Salud – TIC, que tiene como fin establecer el marco directriz para el desarrollo de las TIC en el Sector Salud. Actualmente se encuentra en evaluación en la OGAJ.
- Aprobación de la Directiva Administrativa que aprueba las especificaciones para la Especificaciones para la Estandarización de la Historia Clínica Electrónica y la adopción de estándares de interoperabilidad, que busca establecer las condiciones para el uso de la historia clínica electrónica, los estándares de interoperabilidad y las especificaciones a las que obligatoriamente se deben sujetar las instituciones prestadoras de servicios de salud para el registro electrónico de datos e información correspondiente a la salud de las personas. Actualmente se encuentra en Secretaría General para aprobación de pre-publicación.
- Aprobación de la Directiva Administrativa Estándares de Plataforma Informática para Software Aplicativo en el Ministerio de Salud, que tiene como objetivo definir el estándar para los componentes de la plataforma informática sobre la que se desarrollará y pondrá en producción el software aplicativo, a fin de propiciar la integración tecnológica y optimización de recursos en tecnologías de información y comunicación. Actualmente se encuentra en evaluación en la OGAJ.
- Aprobación del Plan Estratégico de Información en Salud, que busca sentar los principios básicos para desarrollar una cultura de calidad en la generación y uso de la información en salud en el país, a fin de lograr que los usuarios de la información en salud, a nivel nacional, dispongan de la misma bajo condiciones adecuadas de calidad, acorde a las necesidades que demandan sus funciones y derechos.

- Aprobación del Plan Estratégico de Tecnologías de Información, que tiene como objetivo establecer el marco directriz para la gestión de las TIC en las entidades y dependencias del Pliego 011 – MINSA: Unidades Orgánicas de la Administración Central.
- Addenda a convenio específico RENIEC – MINSA, adicionando la funcionalidad de realizar intercambio de información con base en Web Services, a fin contar con datos en línea de la base de datos de ciudadanos a nivel nacional, e incorporarlos en los sistemas de información, evitando la duplicación y errores de registro.
- Desarrollo de oferta informática (Sistemas de Información) para la gestión de historias clínicas en establecimientos de salud de la red asistencial del MINSA, acorde a los estándares en curso de aprobación.
- Oficialización de la IEDS Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, a fin de otorgar el nivel de identificador estándar en el ámbito nacional, a la codificación CIE – 10, reconocida ya estructura oficial de registro en la Norma Técnica de Historia Clínicas.
- Proceso piloto de migración de usuarios de la OGEI a software libre o de código abierto.
- Implementación de Sistema de Información para la gestión de los Recursos Humanos.
- Conformación del Capítulo HL7 – Perú, como unidad organizacional encargada de nacionalizar y mantener para el ámbito nacional el estándar de interoperabilidad en salud Health Level Seven – HL7, a fin de posibilitar el intercambio de información entre las instituciones del sector salud, como soporte a los procesos de implementación de la Historia Clínica Electrónica, Registro Nacional de Salud del Ciudadano, Aseguramiento Universal en Salud, entre otros aspectos.
- Implementación de Sistema de Información para la gestión de los Recursos Humanos.

Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA

Habiéndose aprobado el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la SUNASA mediante Decreto Supremo N° 009-2011-SA, considerando una estructura orgánica desarrollada para enfrentar las nuevas competencias, el alcance jurisdiccional y las funciones ampliadas de la SUNASA, se tiene como acciones perentorias y prioritarias en proceso, que requieren atención en un plazo inmediato, lo siguiente:

- a) Manual de Clasificador de Cargos, que se cuenta con el proyecto para la aprobación del Consejo Directivo; y Cuadro de Asignación del Personal - CAP: Se cuenta con el proyecto, para la aprobación del Consejo Directivo, previo a gestionar su aprobación mediante Resolución Suprema.

Instituto Nacional de Salud

Durante el presente año, el Instituto Nacional de Salud ha iniciado la implementación del Plan Estratégico Institucional 2011-2015, aprobado mediante RJ No. 340-2010-J-OPE/INS, del 30 de diciembre 2010.

El Plan Estratégico Institucional 2011-2015 ha sido elaborado mediante un proceso de participación y consenso entre funcionarios y trabajadores, a través del cual se han definido los procesos misionales que dan origen a cinco macroprocesos vinculados al logro de los Objetivos Estratégicos para el próximo quinquenio:

- Investigación en Salud
- Propuestas de Políticas, Normas e Intervenciones basadas en evidencias
- Producción de Bienes y servicios Especializados
- Transferencia tecnológica
- Gestión Institucional

En este sentido, constituyen temas pendientes de gestión los siguientes:

- **Investigación en Salud**

- Desarrollar el proceso de definición de la Política Nacional de Investigación en Salud
- Concluir con el desarrollo de las agendas y Programas de Investigación, de acuerdo a las prioridades nacionales aprobadas mediante Resolución Ministerial.
- Aprobar e implementar el Plan de Desarrollo de Capacitación en Investigación y Gestión de la Investigación elaborado con participación multisectorial.
- Efectuar estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad de medicamentos
- Incrementar la publicación de investigaciones concluidas.

- **Propuestas de Políticas, Norma e Intervenciones basadas en evidencias.**

- Posicionar a la UNAGESP (Unidad de generación de evidencias en salud pública) en un referente nacional en generación de evidencias.
- Desarrollo de propuestas de intervención con impacto social para zonas altoandinas y amazónicas.
- Aprobación de la propuesta del Sistema Nacional de Red de Laboratorios en Salud Pública.
- Diseñar un Modelo de Centro Nacional de Control de Enfermedades, y modelos regionales acordes al perfil epidemiológico.
- Rediseño del Sistemas Nacional de Vigilancia Alimentario Nutricional, con carácter multisectorial y multidisciplinario.

- **Producción de Bienes y servicios Especializaos**

- Culminar con los estudios de preinversión a nivel factibilidad de los proyectos de inversión pública: “Desarrollo de la capacidad de los servicios e investigación de los laboratorios de CNSP” y Desarrollo de la capacidad de los servicios e investigación en el ámbito de la alimentación, nutrición humana, control sanitario de alimentos, bebidas y otros - CENAN”
- Culminar con la ejecución de los proyectos de inversión pública: “Mejora de las prácticas de crianza en el Centro de Producción de Animales 01-Bioterio del CNPB – INS en Chorrillos, “Mejora de la capacidad de producción del laboratorio de inmunoseros del CNPB - INS en Chorrillos” y “Modernización del Laboratorio de vacunas virales antirrábicas para uso veterinario del CNPB”.
- Ampliar el NET LAB en otros Centros Nacionales como el CENAN Y Centro de Investigación en Iquitos.
- Concluir con el proceso de certificación del proceso de autorización de los ensayos clínicos. (ISO 9001).
- Certificación ISO 9001 al laboratorio de VIH del CNSP
- Acreditación 15189 en el CNSP
- Acreditación 17025 en el CENAN
- Diseñar la red de control de calidad de medicamentos, adecuada a la realidad nacional y según petitorio.
- Realizar estudios para la producción de medicamentos para la atención de enfermedades olvidadas.
- Diseño de una propuesta para Telemedicina y Telesalud.
- **Transferencia Tecnológica**
 - Seleccionar las tecnologías en salud que está manejando el INS y que puedan ser replicables en las regiones del país.
 - Incorporación de tecnologías externas al INS para la mejora de la producción de bienes y servicios especializados.
 - Evaluar la aplicación en las regiones de las tecnologías que están siendo transferidas.
 - Transferir a las regiones la metodología para la generación de evidencias en salud.
- **Gestión Institucional**
 - Concluir con el Saneamiento Físico Legal del terreno de la Sede del INS en Chorrillos.
 - Culminar con la formulación de los estudios de preinversión para la ejecución del Plan Marco de Desarrollo del INS 2010-2014.
 - Implementar el Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos Institucionales
 - Desarrollar una propuesta normativa para incorporar al personal al régimen laboral del DL 728.

- Implementación del aplicativo de acciones correctivas en las unidades orgánicas del INS, como herramienta de mejora continua.
- Implementación del libro de reclamaciones de manera virtual (que reemplaza al aplicativo de quejas de la web).
- Evaluación de la aplicación del modelo de calidad del INS en todas las unidades orgánicas.
- Culminar la implementación del SIGANET

**Información a que se refiere el numeral 5.4
(ver Anexo N° 1)**