



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

INFORME DE GESTIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

**Julio 2012
Lima - Perú**



CONTENIDO

I. PRESENTACION

II. MARCO ESTRATEGICO E INSTITUCIONAL

III. LOGROS ALCANZADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS GENERALES AGOSTO
2011 A JUNIO 2012

IV. RETOS AFRONTADOS Y AGENDA PENDIENTE

I. PRESENTACION

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

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

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

El Informe de Gestión muestra los logros y avances obtenidos en el marco de las Políticas de Salud que la actual gestión viene desarrollando durante su primer año, Agosto del 2011 a Junio del 2012, en beneficio de la mejora de la salud de la población del país.

Asimismo, se incluye dentro del presente documento los retos afrontados y la agenda pendiente a desarrollar para el objetivo final que es el bienestar de todas y todos los peruanos.

¹ Reglamento de la Ley N° 27657 – “Ley del Ministerio de Salud”.



II. MARCO ESTRATEGICO E INSTITUCIONAL

1. MISION²

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

2. VISION³

“Un Perú al año 2016 donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida”.

3. ROL ESTRATEGICO DEL MINSA

Rector:

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

Financiado:

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

² Reglamento de la Ley N° 27657 – “Ley del Ministerio de Salud”.

³ Resolución Ministerial N° 406-2012/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Plan Operativo Anual 2012 del Ministerio de Salud. En proceso de construcción por la Comisión Técnica Sectorial de Formulación del Plan Estratégico Multisectorial – PESEM 2012-2016.

**Prestador:**

- El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud.
- La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos.

4. MARCO ESTRATEGICO SECTORIAL 2012-2016

El Ministerio de Salud define la política de salud a nivel nacional, y orienta las estrategias de intervención priorizando a la población beneficiada (extrema pobreza y pobreza), para ello cuenta con instrumentos de gestión que permiten su orientación; como son los Lineamientos de Política Sectorial 2007-2020, en este contexto se vienen implementando lineamientos de políticas actuales, priorizando las acciones en función a los objetivos sanitarios sectoriales, como se puede detallar en el siguiente esquema:



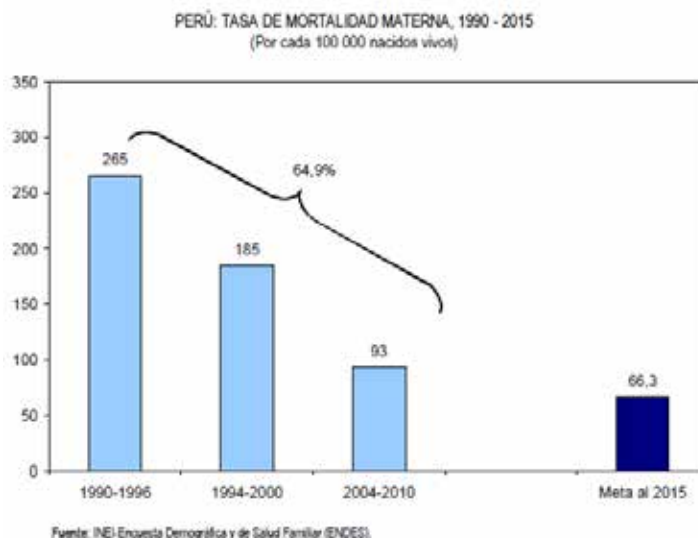
Los Objetivos Estratégicos⁴ para el año 2016 son:

1. Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable.
2. Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población más vulnerable.
3. Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población más vulnerable.
4. Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población más vulnerable.
5. Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.
6. Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de salud.

III. LOGROS ALCANZADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS GENERALES AGOSTO 2011 A JUNIO 2012

Objetivo 01: Reducir la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la población más vulnerable

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7 por ciento entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna; 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.

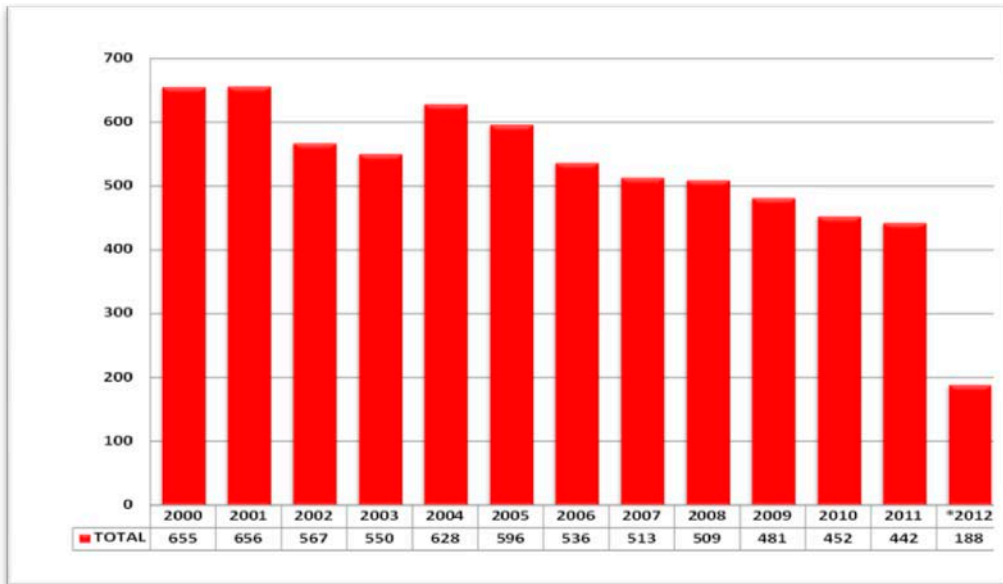


⁴ En construcción por la Comisión Técnica Sectorial de Formulación del Plan Estratégico Multisectorial – PESEM 2012-2016.



A la semana 24 del presente año se han reportado 188 muertes maternas a nivel nacional, 8 muertes menos que el año 2011.

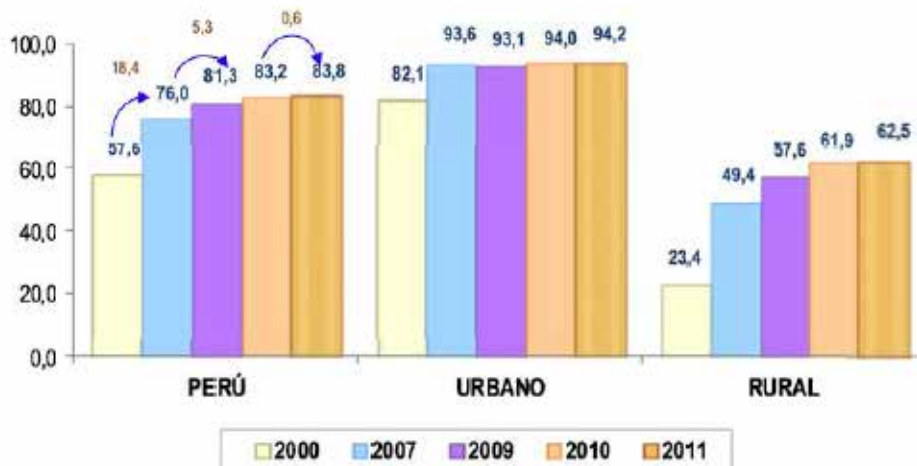
MUERTE MATERNA NOTIFICADA POR LUGAR DE OCURRENCIA 2010 – 2012



Fuente: NOTI semana 24-DGE-MINSA

Entre la ENDES 2010 y la ENDES 2011, la proporción de partos institucionales se ha incrementado en 0,6 punto porcentual (de 83,2% a 83,8%), situación similar que se da tanto en el área urbana como en el área rural, en 0,2 y 0,6 puntos porcentuales, respectivamente (de 94,0% a 94,2%; y, de 61,9% a 62,5%, en cada caso).

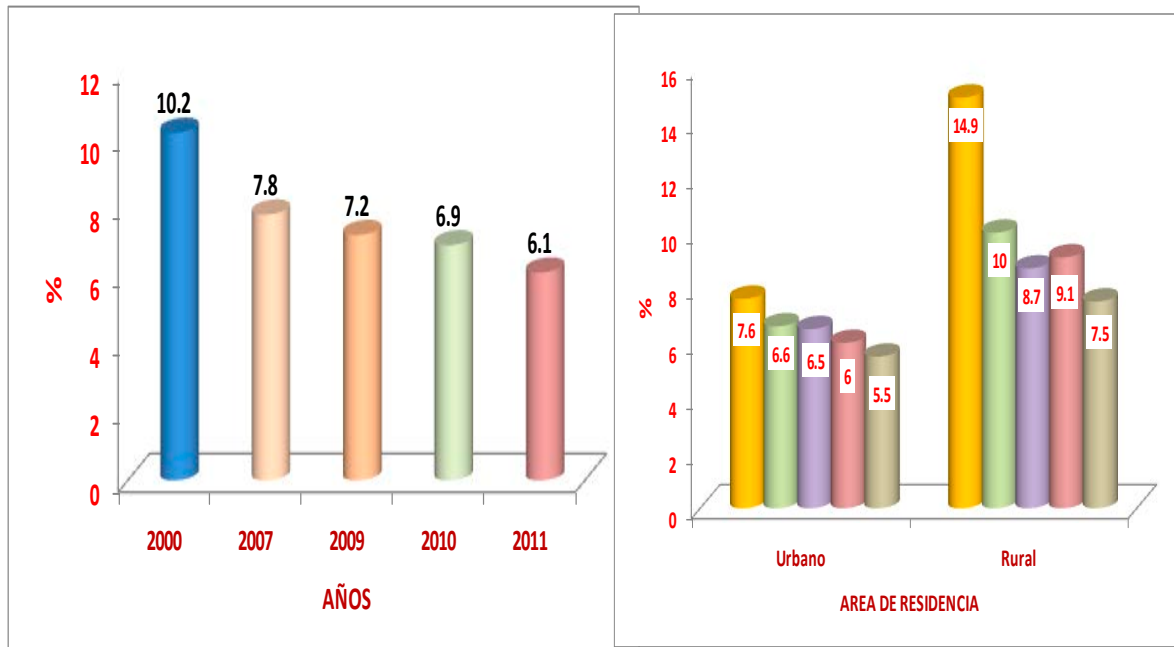
PERÚ: PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000, 2007, 2009, 2010 y 2011.

Asimismo, la demanda insatisfecha de planificación familiar en mujeres unidas disminuyó de 6.9 (ENDES 2010) a 6.1 (ENDES 2011).

DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR



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

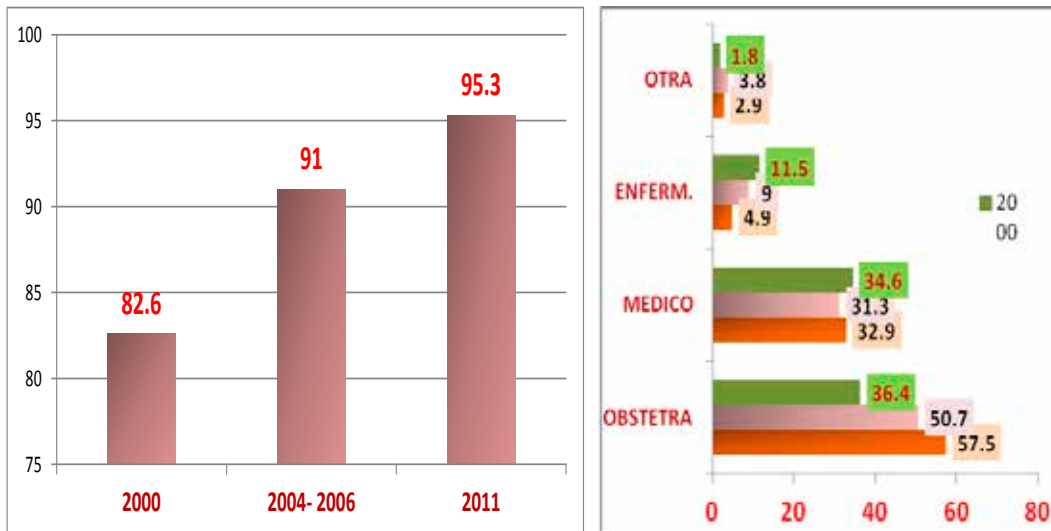
Para lograr este resultado, se han dirigido acciones hacia la atención integral de salud a la gestante y neonato, asimismo se ha buscado fortalecer la planificación familiar en la población, además de orientar acciones hacia la adecuación intercultural.

Se realizaron acciones orientadas a alcanzar la meta de atención de parto institucional en zona rural, la cual se superó en el año 2011; de 23,8% en el año 2000 a 64,2% reportado para el año 2011. Este incremento se debió a la implementación de las siguientes estrategias:

- Adecuación Cultural de los Servicios de Salud.
- Atención de Parto Vertical con adecuación Intercultural.
- 501 Casas de Espera
- Afiliación al SIS

Por otro lado, el porcentaje de gestantes que recibieron control prenatal en el año 2011 es de 95,3% y la tendencia es al incremento, debido a la eliminación de la barrera económica (SIS), el seguimiento de las gestantes, el trabajo comunitario y aseguramiento Universal.

ATENCIÓN PRE NATAL POR PROFESIONAL DE SALUD



Fuente: Encuesta Nacional ENDES 2011

Se han realizado diferentes acciones en el transcurso del primer semestre 2012, las cuales han contribuido a mejorar los procesos que conllevan a la reducción de la mortalidad materna, como son las estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado en adolescentes, 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.

Se ha aprobado el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021. Habiéndose incluido en el presupuesto 2012 la finalidad "Adolescente que accede a Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo. Asimismo, se aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, el cual articula la acción intersectorial e intergubernamental.

Al respecto, se efectuó el recorrido del "Bus de la Prevención", en el que aproximadamente 80 adolescentes, jóvenes y autoridades de Salud recorrieron diversas calles de Lima anunciando el inicio de la Semana de la Prevención del embarazo en adolescentes. Asimismo, se realizó cuatro campañas informativas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional Federico Villareal, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle (La Cantuta) y la Universidad Nacional del Callao, captando la atención de adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, las Regiones informaron sobre el tema de atención materna perinatal y planificación familiar, logrando al primer trimestre del 2012:

- Gestantes atendidas: 138,501.
- Gestantes controladas: 83,011.
- Partos institucionales atendidos: 85,336 de los cuales 7,308 han sido partos verticales.
- Parejas protegidas por todos los métodos anticonceptivos 266,760.
- 75,384 Mujeres en Edad Fértil, recibieron orientación/consejería y 65,249 fueron tamizadas con pruebas rápidas para VIH durante la atención en servicios de salud sexual y reproductiva.



- 75,697 Gestantes durante la atención prenatal recibieron orientación/consejería y tamizaje para VIH.
- 41,619 Gestantes tamizadas con RPR para Sífilis y 44,038 con Prueba Rápida para Sífilis.

Asimismo, se desarrollaron 3 reuniones del Comité Nacional de Prevención de la muerte materna, en las que se analizó la situación del problema de la mortalidad materna y sus tendencias en relación a las intervenciones que se desarrollan en el Sector Salud.

En aras de fortalecer la capacidad resolutive en los Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas Neonatales, este año se decidió consolidar la presencia regional del PARSALUD II con medidas que permitan mejorar la gestión regional de salud y la calidad de la provisión de servicios de los establecimientos de salud FONB y FONE, asimismo, establecer una relación fluida con los gobiernos locales para permitir la implementación y expansión de las estrategias de mejora del cuidado infantil y de mujeres gestantes.

Se han mejorado las competencias de los Recursos Humanos de los establecimientos de Salud de los FONB y FONE en Emergencias Obstétricas y Neonatales.- En 2012 se ha iniciado la ejecución de los procesos de capacitación con una lógica articuladora de carácter transversal, cuyos resultados se espera contribuyan a: i) mejorar el desempeño del sistema (en la Oferta) con la implementación de mejoras de la calidad técnica de la atención en establecimientos de salud que realizan funciones obstétricas y neonatales intensivas, esenciales y básicas (Pasantías en EMON); y, ii) Promover la oferta de atención del parto bajo la modalidad de Parto Vertical (Pasantías).

Con la finalidad de fortalecer las competencias del RRHH, se viene trabajando en mejorar las competencias en gestión y manejo de información de las Direcciones Regionales y cabeceras de Red; es así que en el presente año se viene desarrollando el Diplomado de Gestión de la Información para las intervenciones sanitarias (DGIS). Hasta el momento se ha capacitado a 80 entre docentes y tutores. Programa educacional en sistemas de información para la gestión de intervenciones sanitarias que la finalidad del fortalecimiento de la capacidad del recurso humano en salud, para hacer seguimiento de indicadores regionales en las DIRESA, hospitales y redes. Asimismo, está en ejecución el Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud (PREG) que hasta el momento se han capacitado entre docentes y tutores 75 a nivel de todas las regiones. Programa de formación para profesionales de desarrollo de competencias para cumplir con las funciones de gobierno sectorial y de administración de sus diversas instancias orgánicas y funcionales.

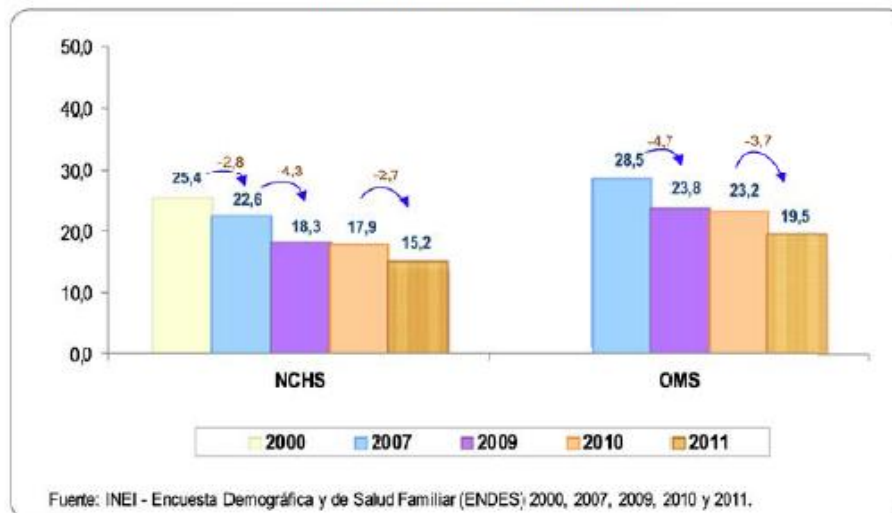
Asimismo, se ha fortalecido la gestión regional de salud a través de actividades que permitan mejorar el diagnóstico regional materno infantil y su difusión, la eficiencia del gasto, la gestión del recurso humano así como la gestión de insumos. Es así, que se ha logrado proporcionar Asistencia Técnica para la Gestión por Resultados en el Sector Salud materializado en la implementación de dos programas estratégicos asociados con la mejora de la salud de las gestantes, madres y niños (PE Materno-Neonatal y el PE Articulado Nutricional); a fin de mejorar la eficiencia del gasto de las regiones de salud. Entre los resultados obtenidos, si comparamos la ejecución al mes de mayo entre los años 2011 y 2012 de ambos programas estratégicos, se puede evidenciar que todas las regiones del ámbito PARSALUD II muestran un incremento en el porcentaje de ejecución; por ejemplo, la ejecución para el Programa Articulado Nutricional en Apurímac pasa de 20 a 24%, Ayacucho de 25 a 32%, Cajamarca de 28 a 32%, Cusco de 29 a 37%, Huancavelica de 21 a 22%, Huánuco de 23 a 31%, Puno de 20 a 26% y Ucayali de 32 a 40%.

En lo que respecta a la gestión de medicamentos e insumos estratégicos para la salud, se redefinió las redes de almacenamiento y distribución (región Ucayali y Cajamarca), con la implementación de las redes se mejorará el flujo logístico para el abastecimiento adecuado y oportuno de los establecimientos de salud, fortaleciendo la capacidad resolutive a través del incremento de la disponibilidad y uso adecuado de medicamentos e insumos. Por otro lado se están fortaleciendo competencias de los recursos humanos en gestión de stocks a través de talleres locales en las regiones de Huánuco (Red La Unión), Amazonas (Red Condorcanqui), Apurímac (Abancay) y Ayacucho (Red Huamanga). Las Reuniones técnicas de análisis de indicadores en salud materna e infantil se han programado a partir del 2011 en virtud de la necesidad de promover espacios de análisis y uso de la información para la toma de decisiones en los cuales intervengan diferentes actores sociales, representativos de instancias regionales, especialistas y expertos en la materia sujeta a analizar mensualmente en cada región. En ese periodo se programaron 29 reuniones técnicas y se logró realizar 17, lo que representa un 58.6% de la meta propuesta para el 1er semestre 2012.

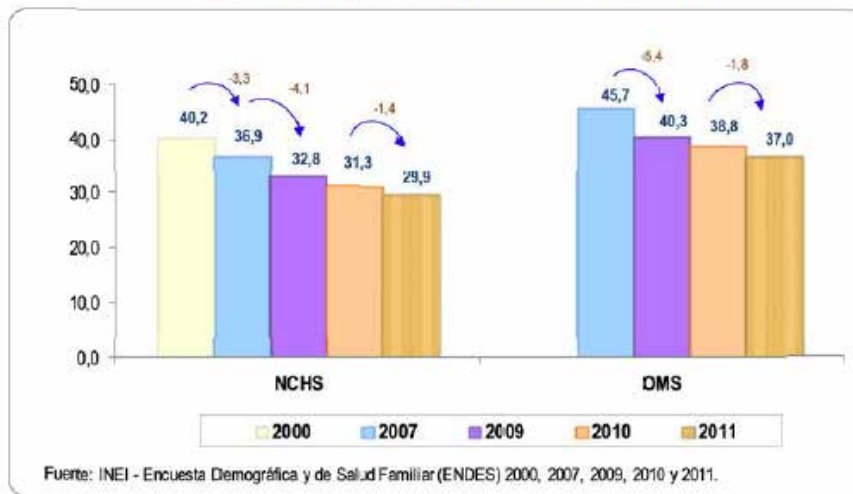
Objetivo 02: Reducir la desnutrición crónica en menores de 05 años con énfasis en la población de pobreza y extrema pobreza

Con los resultados de la ENDES 2011, se evidencia la progresiva reducción del nivel de la desnutrición crónica en el país, que disminuye en 2,7 puntos porcentuales, de 17,9% en la ENDES 2010 a 15,2% en la ENDES 2011, cuando se utiliza el Patrón de Referencia NCHS; y, en 3,7 puntos porcentuales cuando se utiliza el Patrón de Referencia OMS, que varía de 23,2% a 19,5%, en dicho periodo.

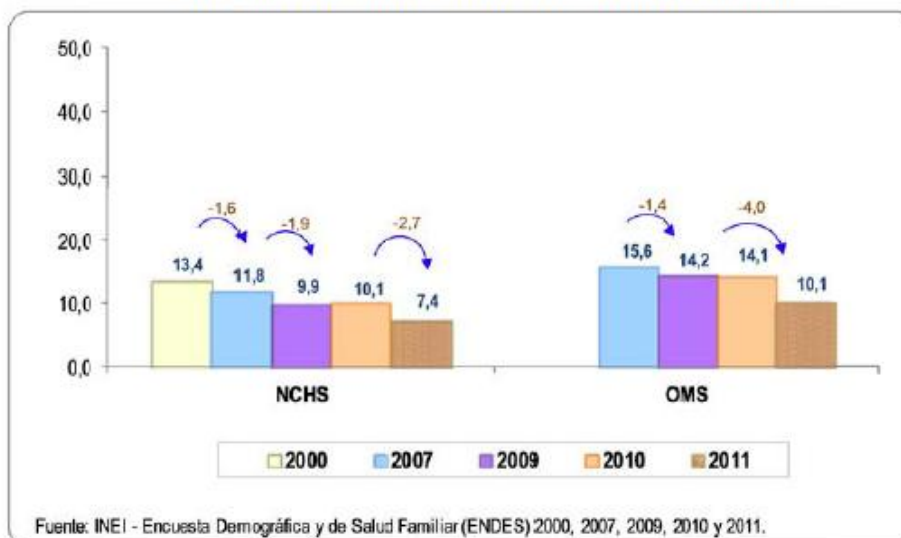
PERÚ: PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA



En el área rural esta reducción es ligeramente menor, cuyo promedio baja en 1,4 puntos porcentuales en el Patrón de Referencia NCHS (de 31,3% a 29,9%) y en 1,8 puntos porcentuales con el Patrón de OMS, de 38,8% a 37,0%.

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

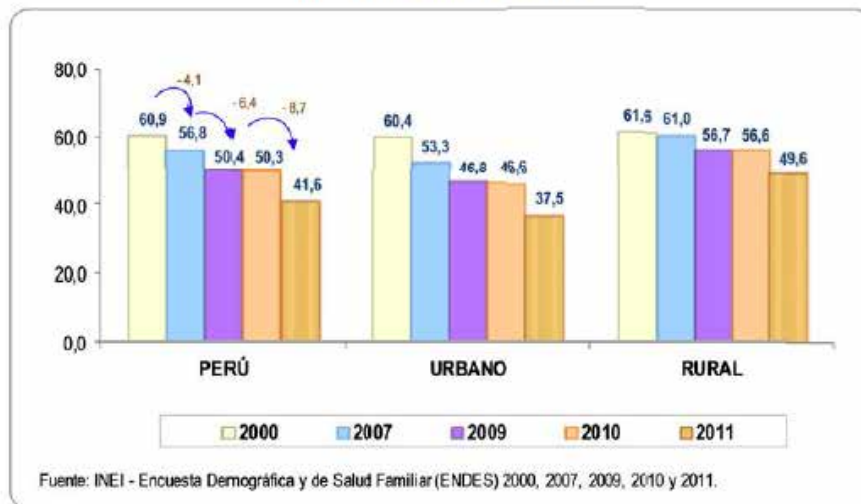
Por el contrario, en el área urbana, con los Patrones de Referencia: NCHS y OMS, la disminución del nivel de la desnutrición crónica entre la ENDES 2010 y la ENDES 2011, muestra resultados dispares: es menor en 2,7 (de 10,1% a 7,4%) y 4,0 puntos porcentuales (14,1% a 10,1%), respectivamente. Esta disparidad en la disminución de los niveles en ambos patrones se debe a la menor desnutrición encontrada en los grupos de mayor edad de las niñas y niños medidos, que a la vez son los de mayor concentración de población.

**PERÚ: PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA
EN EL ÁREA URBANA, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA**

Uno de los principales indicadores para medir el nivel de desnutrición, es el grado de la anemia por déficit de hierro, estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. A nivel nacional, la anemia por déficit de hierro afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (41,6%), siendo mayor en el área rural (49,6%) que en el área urbana (37,5%).

Entre la ENDES 2010 y la ENDES 2011, la prevalencia de la anemia en los menores de tres años de edad disminuyó en 8,7 puntos porcentuales a nivel nacional (de 50,3% a 41,6%), la misma que fue de 9,1 puntos porcentuales en el área urbana y 7,0 puntos porcentuales en el área rural.

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



En ese sentido, se ha realizado la evaluación de impacto de la aplicación de los micronutrientes en niños de 6 a 36 meses, en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica, continuando con la actividad de vigilancia de la cohorte que se inició el año 2010, y que ha servido para identificar puntos críticos y brechas en este proceso.

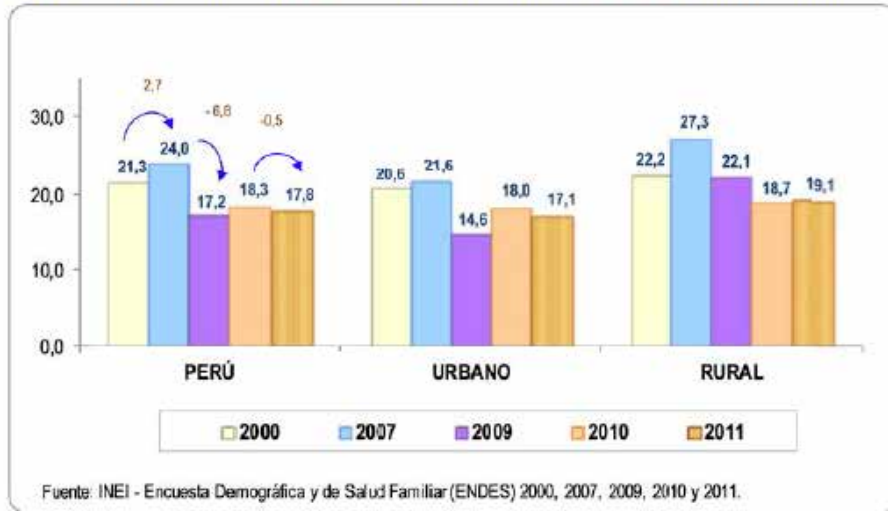
Por otro lado, se ha logrado priorizar las intervenciones de promoción para la generación de estilos de vida saludables en la población; es así que se logró que 40 Municipalidades de Lima y Callao se comprometieran en el cumplimiento del Reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil, mediante la “Declaración de Municipios Amigos de la Lactancia Materna”.

Se han promovido Entornos Saludables, con la participación en la elaboración, revisión y validación de documentos técnicos que fueron aprobados con Resolución Ministerial como “Estrategia de Educación y Comunicación para promover Prácticas y Entornos que contribuyan a la Salud y la Nutrición Materna Infantil y Propuesta de implementación y gestión operativa”, “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil, Promoviendo el Derecho a la Identificación”, documento para la gestión de las Casas Maternas, Manual del Agente Comunitario, Guías de promoción para la salud sexual y reproductiva”, entre otros. En lo que es Derecho a la Identidad y Aseguramiento se han constituido grupos impulsores en 7 regiones y dio asistencia técnica para emitir directivas a nivel regional. Se cuenta con una Guía para realizar las consultas a Pueblos Indígena. Y se elaboró documentos técnicos como “Lineamientos de Política de Vigilancia Ciudadana en Salud”.

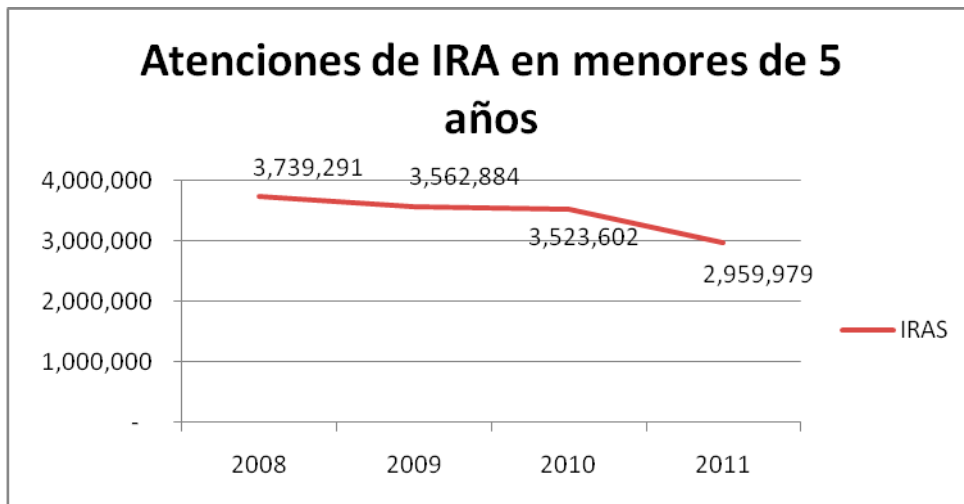
Por otro lado, otra de las principales causas de morbimortalidad en niñas y niños menores de cinco años son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS). Al respecto, los menores de tres años de edad que tuvieron una “IRA” en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, la estimación ENDES 2011 evidencia una disminución de 0,5 punto porcentual respecto a la estimación de la ENDES 2010. Según áreas, en la urbana se observó una

disminución de 0,9 punto porcentual en el área urbana (de 18,0% a 17,1%) y un incremento de 0,4 punto porcentual en el área rural (de 18,7% a 19,1%).

PERÚ: PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD QUE EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



Se mantiene la tendencia a la baja de atención de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años con una disminución en un 16% relación al 2010 (3'523,602 a 2'959,979).



Fuente: Boletín Epidemiológico SE 52-2011-DGE

La tendencia de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica en el Perú, al 07 de Julio de 2012 señala que de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a la semana 27 del año 2012 reportó 65,506 casos de IRAS (no neumonías), es decir un incremento a diferencia de los 64,687 casos de IRAS (no neumonías) reportados en la semana 27 del año 2011. (Boletín Epidemiológico SE 27-2012-DGE).

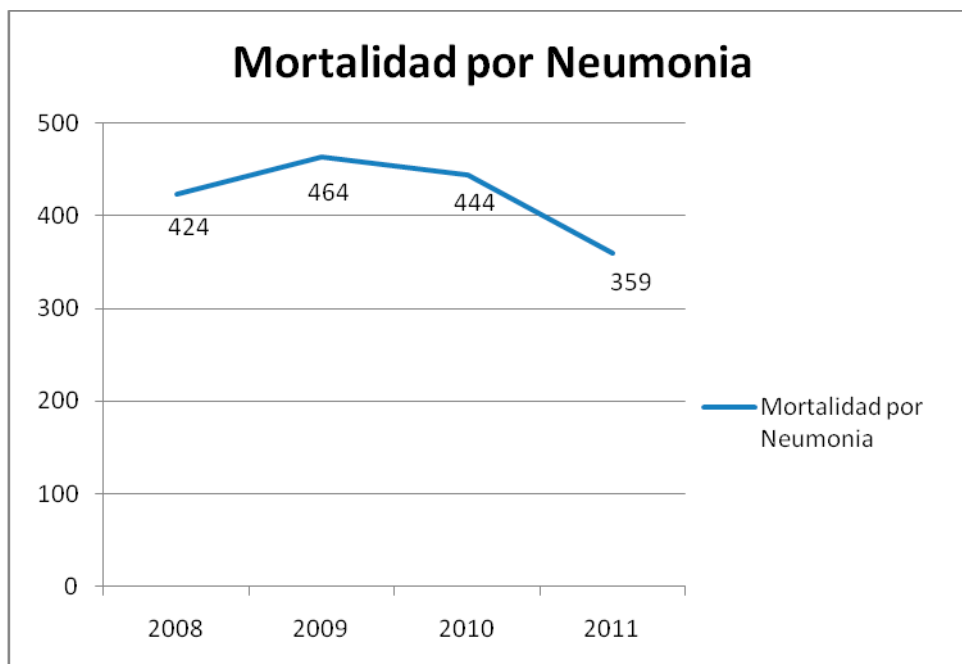
Se mantiene la tendencia a la baja de atención por neumonía en menores de 5 años con una disminución en un 10% en relación al 2010 (36,070 a 32,400).



Fuente: Boletín Epidemiológico SE 52-2011-DGE

Asimismo, la tendencia de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica en el Perú, al 07 de Julio de 2012 señala que el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a la semana 27 del año 2012 reportó 706 casos de Neumonías, es decir un descenso en comparación a los 739 casos de Neumonías reportados en la semana 27 del año 2011. (Boletín Epidemiológico SE 27-2012-DGE).

Se mantiene la tendencia a la baja de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años con una disminución en un 20 % de la mortalidad por neumonías en relación al 2010 (444 a 359) en el menor de 5 años.



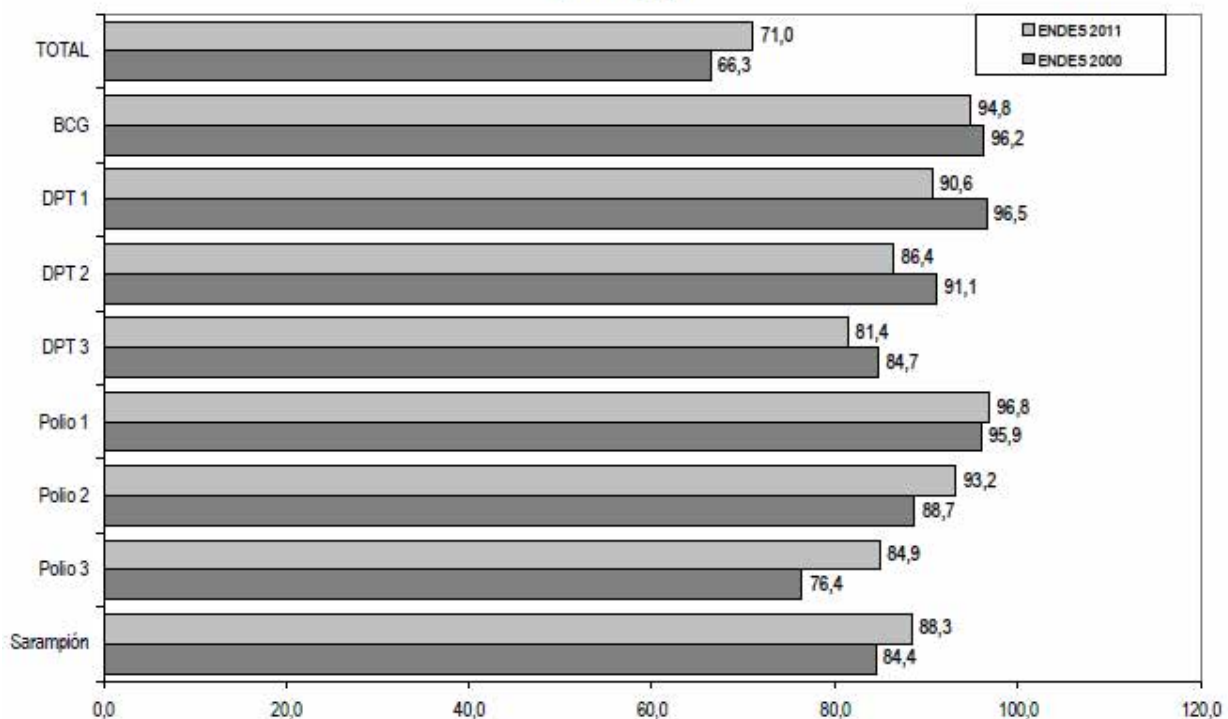
Fuente: Boletín Epidemiológico SE 52- 2011-DGE



Por otro lado, la tendencia de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica en el Perú, al 07 de Julio de 2012 señala que, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a la semana 27 del año 2012 reportó 531,349 casos de EDAS, es decir un descenso en comparación a los 554,127 casos de EDAS reportados en la semana 27 del año 2011. (Boletín Epidemiológico SE 27-2012-DGE).

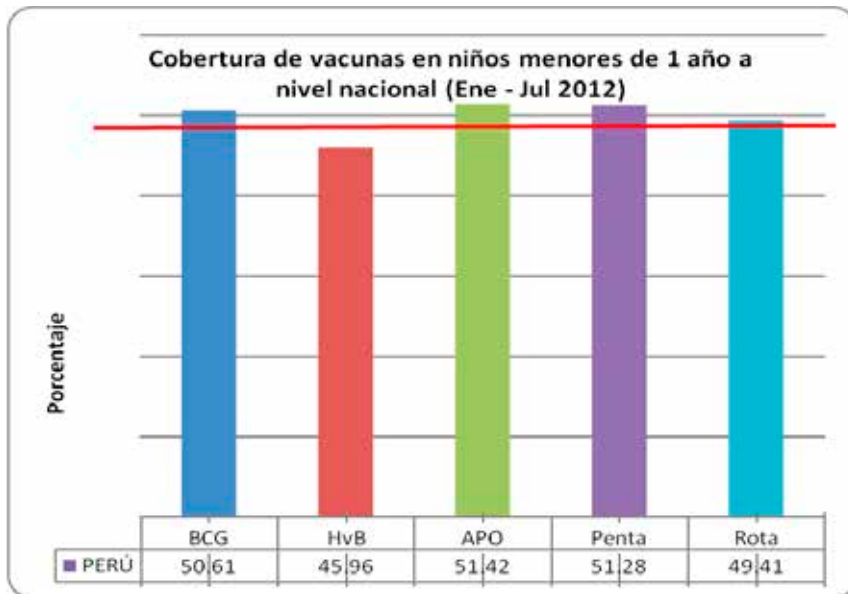
De acuerdo a la ENDES 2011, el porcentaje de niñas y niños con vacunación completa (71,0 por ciento) fue superior en 4,7 puntos porcentuales a lo encontrado en la ENDES 2000 (66,3 por ciento). En relación con las vacunas específicas, la cobertura de DPT 3 fue más baja que cualquiera de las otras vacunas y más baja que la alcanzada anteriormente (81,4 por ciento, menor a la ENDES 2000: 84,7 por ciento). La Polio 3 también se apreció con un porcentaje bajo (84,9 por ciento). Asimismo, la cobertura de la vacuna anti-sarampionosa (88,3 por ciento) fue mayor con respecto a la ENDES 2000 (84,4 por ciento).

PERÚ: COBERTURA DE VACUNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO ENTRE NIÑAS Y NIÑOS DE 18 A 29 MESES DE EDAD, POR ENDES, SEGÚN TIPO DE VACUNA, 2000 Y 2011
(Porcentaje)



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

El cumplimiento de metas físicas dentro de los estándares esperados ha logrado incidir en la disminución de la morbi-mortalidad y desnutrición crónica infantil con la vacunación contra el neumococo y el rotavirus principalmente.

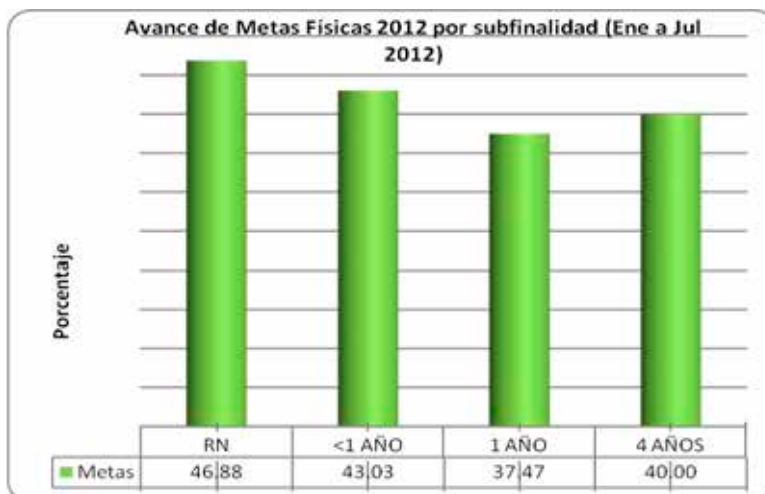


Fuente: Oficina de Estadística e Informática - MINSA
 *Período de Enero-Abril 2012 y proyección Mayo a Julio 2012

Los niños menores de 1 año con coberturas adecuadas estarán protegidos contra enfermedades como la hepatitis B, diphteria, tos ferina, diarreas severas y mantendrá eliminadas las enfermedades como la polio, sarampión y la rubeola.

Las inmunizaciones han evolucionado notablemente en materia de acceso y abordaje de las poblaciones susceptibles incrementando su población objetivo en tamaño y dimensión, pasando de la vacunación del niño menor de 1 año a la vacunación de los niños menores de 5 años, migrando de la vacunación individual a la vacunación colectiva, promoviéndose de manera efectiva la transición de la vacunación del niño a toda la familia; ya que el Perú vacuna efectivamente desde el 2011 a los niños, los adolescentes, las madres gestantes, los adultos mayores y el personal de salud.

Se ha dimensionado también la inclusión favoreciendo la vacunación de comunidades nativas y etnias.

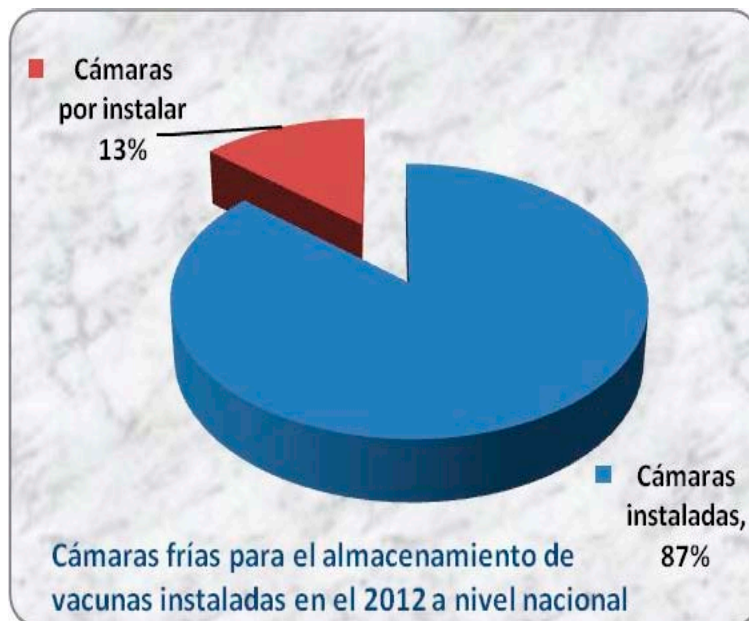


Fuente: Oficina de Estadística e Informática - MINSA

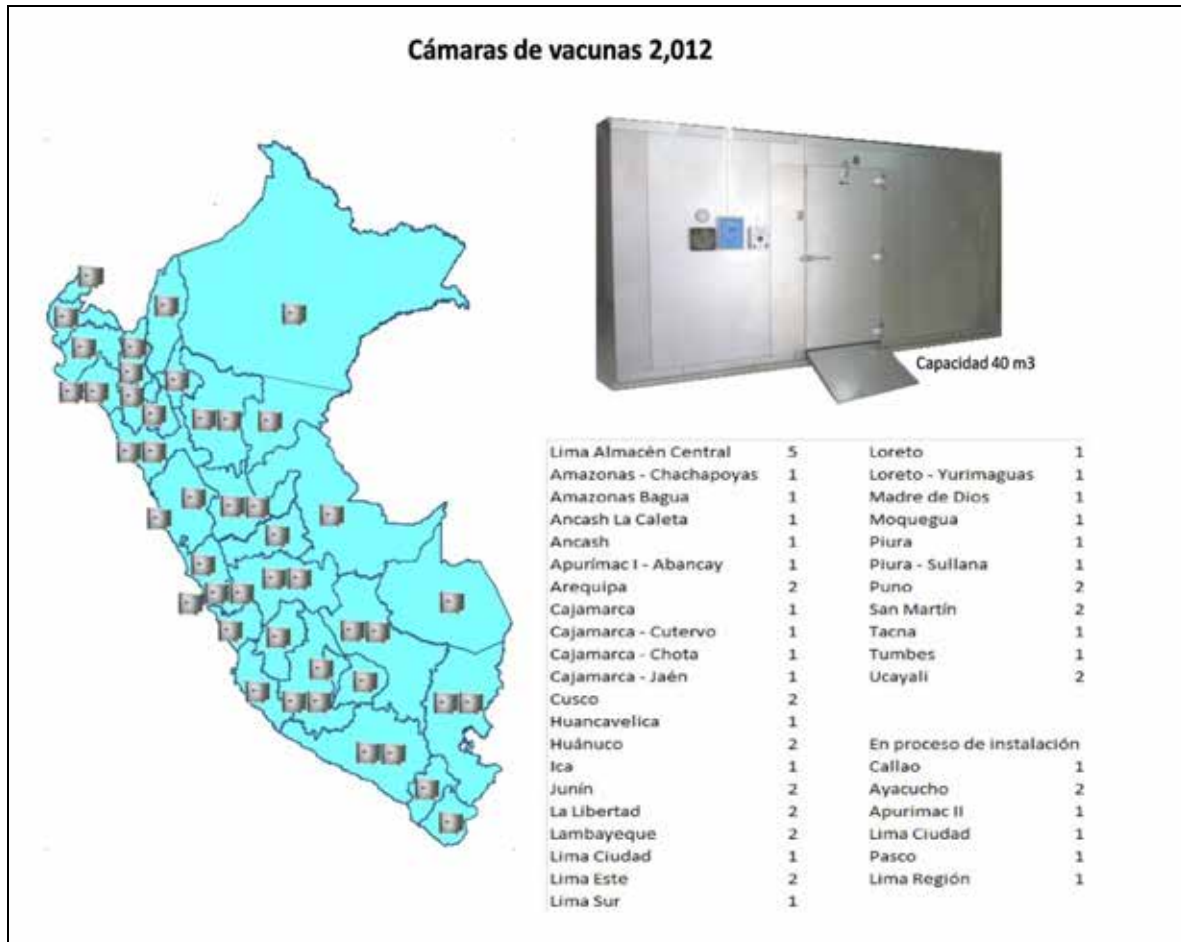
Se han fortalecido las competencias regionales y locales en materia de programación para consolidar la sostenibilidad de las inmunizaciones en el Perú. En el contexto de la Gestión por resultados se ha dado la sostenibilidad de las actividades de vacunación con el incremento del Presupuesto a través del PpR para garantizar las acciones operativas del proceso de vacunación y la adquisición de vacunas, jeringas, equipos e implementos de la cadena de frío, teniendo un crecimiento sustancial del 10% de este financiamiento en el año 2012 comparado al 2011.

En el último año se ha invertido un monto de S/. 42,380,304.74 en la compra de modernos equipos y complementos de cadena de frío que han permitido fortalecer la cadena de frío a nivel nacional y asegurar el almacenamiento y conservación adecuada y segura de las vacunas para garantizar su capacidad inmunogénica.

El Perú es uno de los países del mundo que cuenta con cámaras frías en todos sus departamentos y que además cuenta con un sistema de monitoreo electrónico como el DATA LOGGER que se encuentra en todos los establecimientos de salud del país.



Fuente: DGSP - MINSA



Fuente: DGSP - MINSA

Otra de las intervenciones que han sido de impacto con resultados positivos en el presente año, es la optimización del Calendario de Inmunizaciones Nacional más completo en todo Sudamérica con 16 vacunas diferentes, cuyos logros se expresan en la interrupción de la circulación del virus salvaje de la poliomielitis, sarampión, rubéola, difteria, la eliminación del tétanos neonatal (TNN) y el Síndrome de Rubeola Congénita, como problemas de Salud Pública. Con el esquema nacional de vacunación se han protegido a 2'120,00 millones de mujeres y adultos de enfermedades como diphteria, tétanos, sarampión, rubéola, fiebre amarilla, influenza y Hepatitis B.

La vacuna contra el neumococo, que fue incluida desde el año 2009 hasta el mes de noviembre del 2011, han logrado proteger en todo el país, con tres dosis de vacunas a 878,815 niños de 1 año y a 561,885 niños de 1 a 4 años, como una contribución para la disminución de la morbilidad y mortalidad en niños por enfermedades respiratorias.

REGIONES	2011*	2010**
TOTAL	447.480	431.335
LIMA	120.398	119.449
PIURA	30.867	26.524
LA LIBERTAD	28.703	28.552
CAJAMARCA /3	23.010	25.723
JUNÍN	20.242	16.930
CUSCO	19.281	19.833
ÁNCASH	18.898	19.567
LORETO	18.724	15.775
PUNO	18.413	18.140
AREQUIPA	17.973	17.377
LAMBAYEQUE	17.380	15.470
SAN MARTIN	16.025	13.060
CALLAO	15.888	14.864
HUÁNUCO	13.859	14.025
ICA	11.697	10.947
AYACUCHO	9.433	7.108
UCAYALI	7.690	7.866
HUANCAVELICA	7.464	8.955
APURIMAC	7.059	8.335
AMAZONAS	6.774	6.378
PASCO	5.142	4.683
TACNA	4.247	4.106
TUMBES	3.705	3.694
MOQUEGUA	2.381	2.242
MADRE DE DIOS	2.227	1.732

Fuente: OGEI

*Información a noviembre 2011 (no concluida en algunas DIREAS)

** Información a Diciembre 2010

Del mismo modo, se ha entrenado a 15 supervisores nacionales en manejo de cadena de frío los que han apoyado en la instalación de cámaras frías de las regiones y en el nivel nacional, además se brindó asistencia técnica en el nivel local en el manejo especializado de refrigeración y mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos de cadena de frío. Se ha entrenado con competencias y capacidades para el manejo de la cadena de frío al 100% de los niveles regionales y locales.

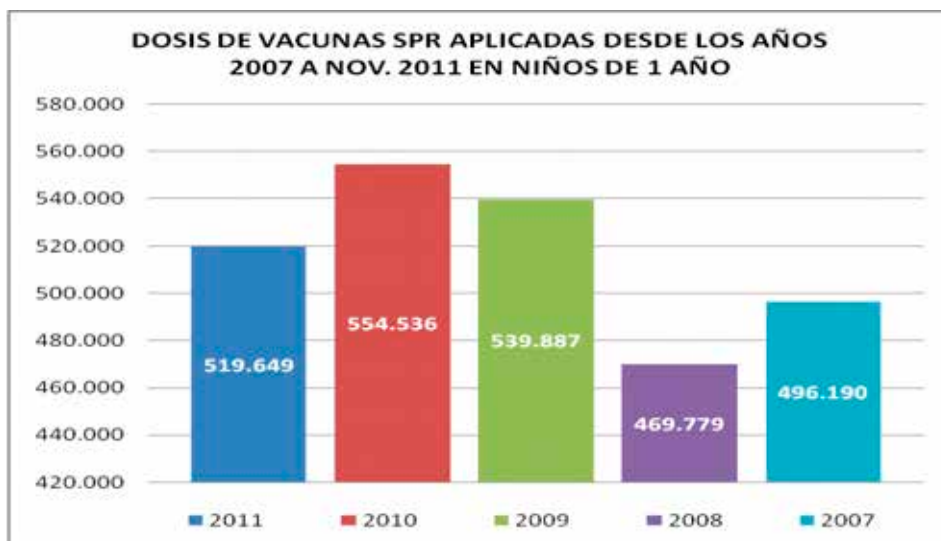
Se han elaborado propuestas de Directivas Sanitarias de Vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles: Parálisis flácida aguda, Sarampión-Rubeola, Eventos Supuestamente atribuidos a Vacunas-ESAVI, Vigilancia Centinela de Neumonía y Meningitis bacteriana, Vigilancia Centinela de Diarrea por Rotavirus. Actualmente estos documentos normativos se encuentran en trámite de aprobación, lo que permitirá contar con los documentos normativos que faciliten los procesos de vigilancia en los Establecimientos del Sector Salud.



Se ha concluido el Informe Conjunto con DGE y el INS de la Documentación para la Verificación de la Eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita, documento que servirá como evidencia del cumplimiento del Perú de los acuerdos internacionales en relación a la eliminación de estas enfermedades prevenibles por vacunas.

Desde el año 2001, no se presentan casos de Sarampión autóctonos en el Perú, sin embargo a nivel mundial el sarampión persiste, por lo que la Estrategia considera dentro del esquema regular, de acuerdo a las recomendaciones de la OPS, la vacuna de SPR 1 dosis de vacuna al año y un refuerzo a los cuatro años.

Desde el año 2008 al mes de noviembre del 2011, el número de niños de 1 año vacunados con sarampión va en incremento, sin embargo hay que precisar que existen distritos con bajas coberturas, esto debido al factor poblacional calculado por la Oficina de Estadística del MINSA.



Fuente: OGEI-MINSA

Año 2011, información hasta el mes de noviembre.

El número de niños de 1 año vacunados con sarampión hasta el mes de noviembre del 2011, es de 519,649 niños, haciendo un promedio de 47,240 vacunados en forma mensual, en relación al promedio de los niños vacunados mensualmente en el año 2010 que oscila en 46,211 aproximadamente.

En el marco de la Iniciativa de la Eliminación del Sarampión y en tanto se presenten casos de polio en el mundo, se realizó en el país, el Barrido de contra la Polio y Sarampión, con la finalidad de seguir sosteniendo altos niveles de inmunidad en la población.

Hasta el mes de diciembre, se han aplicado 2'033,123 primeras dosis y 1'748,399 segunda dosis de vacuna anti polio, de vacuna SPR/SR se han aplicado 1'990,453 dosis de esta vacuna, lográndose coberturas de 86.37%, 86% y 84.56% para primera y segunda dosis de anti polio y una dosis de sarampión respectivamente.

Con la finalidad de garantizar que todos los niños de 1 a 4 años, hayan recibido una dosis de SPR/SR y la primera dosis de vacuna anti polio, durante la Campaña Nacional del Barrido de Polio y Sarampión – Rubeola, se realizó el Monitoreo Rápido de Coberturas en

todos los Establecimientos de Salud, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud, en el que todos los distritos del país han superado el 95% de vacunados.

Se han fortalecido las competencias regionales y locales, estableciendo instrumentos y herramientas de soporte y evaluación para el desempeño de las inmunizaciones en el nivel regional y local, a través de actividades como el Monitoreo Rápido de Coberturas de la vacunación regular y de campañas, lo que ha permitido evaluar el cumplimiento de la vacunación en campo. Se ha garantizado el cumplimiento de las metas físicas en el menor de 5 años, incrementándose de un 72% (período julio 2012-julio 2011) a un 83% (período de julio 2011-julio 2012).

Se ha contribuido a fortalecer las competencias del personal de salud de los 24 departamentos del Perú a través del Sistema de Teleconferencia y en forma presencial de los aspectos de vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización previamente al barrido en la que se administrarían cerca de 9 millones de dosis en los barridos contra el sarampión, la poliomielitis aguda, las campañas de vacunación en las Américas y contra el virus papiloma virus (VPH), logrando reducir las crisis de desinformación.

Por otro lado, se actualizó mediante Resolución Ministerial N° 070-2011/MINSA la Norma Técnica de Salud N° 080-MINSA/DGSP-V:01 “Esquema Nacional de Vacunación”, que incluye la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, y precisa nuevas consideraciones para la vacunación contra el Neumococo en el país.

En el año 2011, se incrementó la población beneficiaria de la Suplementación con Multimicronutrientes de 109,000 niños a 424,665 niños 06 a 35 meses.

N°	REGION	POBLACION
1.	Cusco	41.800
2.	Puno	43.830
3.	Pasco	11.414
4.	Ucayali	21.042
5.	Junín	31.470
6.	Arequipa	9.911
7.	Moquegua	2.033
8.	Huánuco	42.047
9.	Amazonas	10.440
10.	Ancash	37.336
11.	Loreto	8.962
12.	Cajamarca	72.295
13.	Lima Región.	7.246
14.	Apurímac	22.296
15.	Huancavelica	28.720
16.	Ayacucho	32.723
	Ventanilla	800
	Villa María del Triunfo	300
	TOTAL	424.665

En el marco de la atención integral del niño para prevenir la mortalidad infantil, se realizó 29 asistencias técnica a las regiones priorizadas en el Plan de Atención por el Frijaje: Loreto, Puno, Huánuco, Cusco, Junín, Ayacucho, Huancavelica, Piura, Ucayali y Cajamarca.

DIRESA	Numero de Asistencia	Tendencia de Mortalidad por Neumonía de 2010 a 2011
Loreto	7	Disminuyó el aumento de 35 % a un aumento de 27 %
Puno	5	Disminución en 48 %
Huánuco	1	Disminución en 40 %
Cusco	3	Disminución en 13 %
Junín	2	Disminución en 14 %
Huancavelica	2	Disminución en 48 %
Ayacucho	1	Disminución en 53 %
Piura	1	Disminución en 21 %
Ucayali	2	Disminución en 47 %
Cajamarca	5	Disminución en 54 %

Se Implementó la Norma Técnica de Salud N° 087 “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años, con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños de cero a cinco años a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo y la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos para facilitar el acceso oportuno a intervenciones efectivas para su atención.

Además, se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA el Documento Técnico: Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil, con la finalidad de contribuir con la mejora de la salud y nutrición de la gestante, niñas y niños menores de 36 meses en el marco de los objetivos sanitarios de reducir la desnutrición crónica infantil, disminuir la mortalidad materna y neonatal.

En relación al fortalecimiento de la fiscalización y vigilancia sanitaria se logró:

- ✓ La inspección post registro a 421 establecimientos procesadores de alimentos.
- ✓ La vigilancia sanitaria a Comedores Populares (427), Servicios de Alimentación de Hospitales (29), Quioscos Escolares de Instituciones Educativas (223) y Servicios de Alimentación Colectiva (11).
- ✓ La vigilancia de la calidad de agua para consumo humano a nivel nacional (fuente de abastecimiento, reservorio, planta de tratamiento y punto de consumo) - 54% de la población.
- ✓ El Monitoreo de Calidad Sanitaria de 597 ríos fuente de abastecimiento de agua para consumo (99.5%)
- ✓ El Monitoreo de Calidad Sanitaria de 287 las Playas del litoral (100%).
- ✓ 18 regiones del país cuentan con la uniformización de metodologías para la vigilancia entomológica y optimizado las estrategias para una mejor prevención y control del vector con la aplicación de la Norma técnica de Salud para la Implementación de la Vigilancia y el Control del Aedes aegypti en territorio Nacional; lo que ha permitido identificar la presencia del vector en distritos no infestados.

Se ha promovido la institucionalización y el fortalecimiento de los espacios de la Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria (COMPIAL) y del CODEX Alimentarius, los cuales son presididos por la Dirección General de Salud Ambiental, con los siguientes logros:

- ✓ Aprobación e Implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la COMPIAL - Asistencia Técnica de la Cooperación del IICA.
- ✓ Aprobación del Proyecto CATRTA con el Gobierno del Canadá – Asistencia Técnica para el diseño e implementación del Sistema de Inspección de Alimentos.



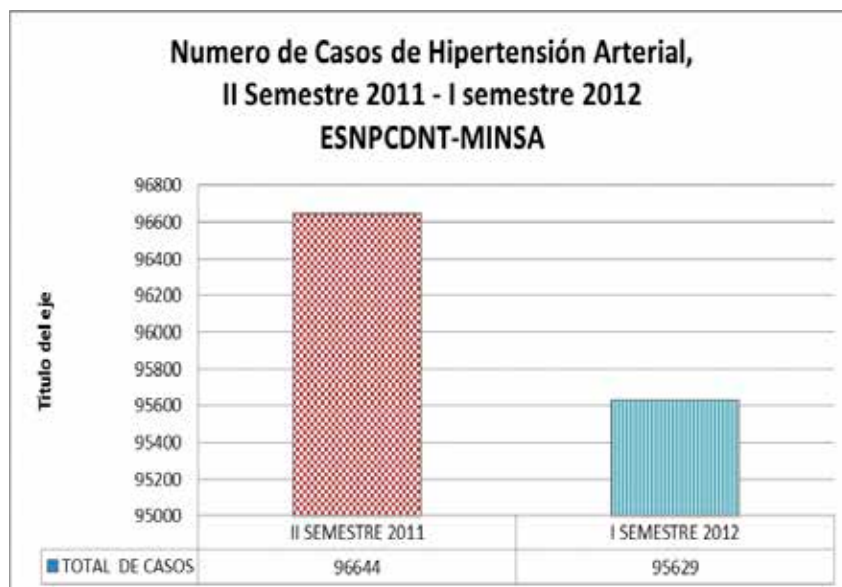
- ✓ Se logró la designación del Perú como sede para el desarrollo del Comité de Higiene Alimentaria del CODEX Alimentarius para el año 2014

Se ha desarrollado el Proyecto "El riego con Secas Intermitentes en el Cultivo del Arroz para el Control Vectorial de la Malaria y una Agricultura más Sana y Sostenible: Escalamiento en el Valle Jequetepeque", el cual permitirá establecer un modelo de escalamiento de esta innovación tecnológica en los cultivos de arroz, para lograr un control sostenible del vector de la malaria en la costa norte sin uso de insecticidas, con una duración de 3 años (2012-2015) por un monto de \$ 500,000 Dólares Canadienses.

Objetivo 03: Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza.

En nuestro país, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles representan el 58.5% de las enfermedades con mayor incidencia, al mismo tiempo son estas enfermedades las que producen mayor discapacidad. La prevalencia en el año 2011 de personas con Hipertensión Arterial fue de 198,925 (17.9%) con una mortalidad de 21.2 por 100 mil habitantes; asimismo los casos de personas con Diabetes Mellitus tuvieron una prevalencia de 104,227 (3.6%) con una mortalidad de 18,9 x 100 mil habitantes.

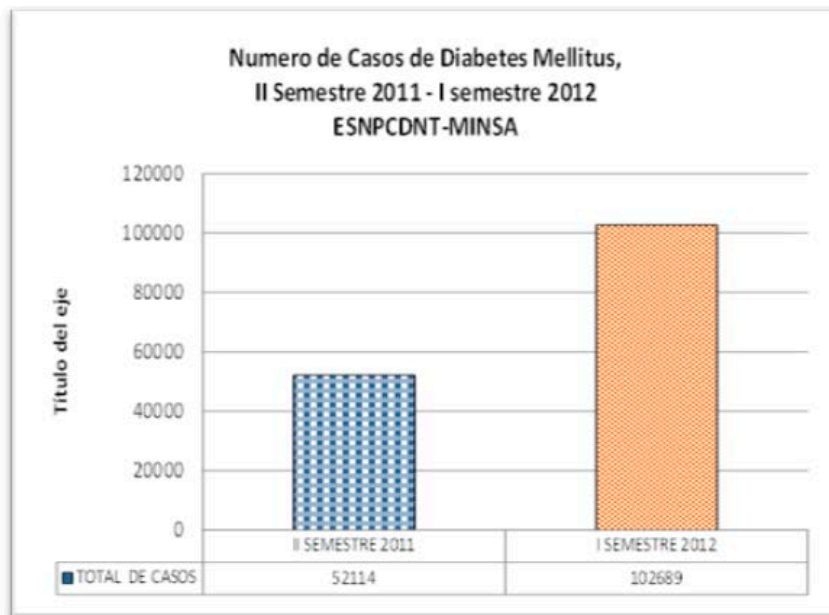
En relación al tamizaje y diagnóstico de casos de Hipertensión Arterial, como observamos en el gráfico hay una ligera disminución de casos en relación al II semestre 2011, esto se debe a un mejor registro de información con los Códigos CIE-10. Ya que anteriormente se tuvo un subregistro de información, y también se han fortalecido las competencias de los profesionales de los establecimientos de salud, para la identificación de factores de riesgo y diagnóstico oportuno, en el primer nivel de atención.



Fuente: DGSP - MINSA

En cuanto al tamizaje e identificación de Casos de Diabetes Mellitus, como observamos en el gráfico, hay un incremento de casos en relación al II semestre 2011, esta enfermedad se

presenta en todas las etapas de vida. Los casos de Diabetes Mellitus se están incrementando en la adolescencia en relación al II semestre 2011 (de 326 casos a 1284 casos diagnosticados), el mismo comportamiento se observa en las otras etapas de vida, esto se debe al trabajo que se viene implementando en los establecimientos de salud, en la identificación de factores de riesgo de las enfermedades No Transmisibles para captar oportunamente a los pacientes y las acciones preventivo promocionales implementadas con la asignación del presupuesto PpR 2011.



Fuente: DGSP – MINSA

Al respecto, la vigilancia epidemiológica de la diabetes se inició como piloto en el mes de setiembre del año 2011 en algunos hospitales. En el periodo de setiembre 2011 a abril de 2012 se han registrado 887 personas con diabetes en los hospitales piloto. Esta vigilancia de la diabetes ha evidenciado una alta proporción de complicaciones crónicas al momento de la primera consulta, presentándose pie diabético en uno de cada tres pacientes. El diagnóstico oportuno y tratamiento precoz debería de reducir la proporción de complicaciones. (Boletín Epidemiológico SE 27-2012 – DGE).

En el marco de este objetivo institucional y para garantizar la incorporación de las medidas de promoción y prevención de enfermedades no transmisibles en las personas adultas mayores se elaboró el Proyecto de Estudio “Estado de Salud, Bienestar y Envejecimiento de las Personas adultas mayores en el Perú – SABE PERU 2011-2012”, de aplicación en el ámbito nacional cuyo objetivo es conocer el estado de salud, bienestar y envejecimiento en las personas adultas mayores en el Perú. El presente estudio de investigación sobre la salud pública y el envejecimiento justificarán la inversión toda vez que las decisiones en políticas de salud serán guiadas efectivamente por la evidencia.

También se ha realizado la Evaluación del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, mediante reuniones Macro regionales que han permitido por un lado evaluar el desarrollo de la vigilancia de estos problemas de salud, y establecer compromisos conjuntos con las Diresas del país para fortalecimiento de las acciones de vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

En relación al tema de Cáncer, se continuó con la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer a través de los registros hospitalarios, el Sub Sistema de Vigilancia de Cáncer se ha implementado en 13 Direcciones Regionales de Salud y en 42 Hospitales del Ministerio de Salud. Es así que, se realizó la vigilancia de cáncer al I semestre de 2012, período comprendido entre enero y junio del año 2012, realizándose el ingreso de 1948 registros de pacientes con cáncer procedentes de 28 unidades notificantes a nivel nacional.

Número de registros de casos de cáncer

JURISDICCIÓN	UNIDAD NOTIFICANTE	REGISTROS
DIRESA Amazonas	Hospital G.B. Chachapoyas	26
DIRESA Apurímac I	Hospital Guillermo Díaz de la Vega	11
DIRESA Arequipa	Hospital Honorio Delgado Espinoza	369
DIRESA Cajamarca I	Hospital Regional de Cajamarca	11
DIRESA Cusco	Hospital de Apoyo Lorena	12
	Hospital Regional del Cusco	101
FF.AA./PNP	Hospital Central FAP	161
	Hospital Nacional PNP Central	34
	Hospital Militar Central	54
DIRESA Huánuco	Hospital de Tingo María	3
	Hospital Regional Hermilio Valdizán	62
DIRESA Junín	C.S. David Guerrero Duarte-Concepción	59
	Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrión	55
	Hospital de Apoyo El Carmen	54
DIRESA La Libertad	Hospital de Apoyo Belén	63
	IREN	160
DIRESA Lambayeque	Clinica de Tumores SAC	17
	Hospital Regional Docente Las Mercedes	354
Lima Ciudad	Hospital Madre Niño San Bartolomé	3
	Hospital de Puente Piedra	15
	Hospital Santa Rosa	177
DISA Lima Este	Hospital Nacional Hipólito Unanue	34
DIRESA Moquegua	Hospital de Apoyo Departamental Moquegua	5
DIRESA Pasco	Hospital Daniel Alcides Carrión	40
DIRESA Piura I	Hospital Santa Rosa	18
DIRESA Puno	Hospital Regional de Puno	26
DIRESA Sullana Piura II	DIRESA Sullana	4
DIRESA Tumbes	Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavarria	12
En blanco	En blanco	8
TOTAL		1948

Fuente: Boletín Epidemiológico SE 27-2012 – DGE

**Localización topográfica por sexo de caso de cáncer al I Semestre 2012**

Localización topográfica	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Cuello uterino	-	318	318	16.4
Piel	102	146	248	12.8
Estómago	126	79	205	10.6
Mama		186	186	9.6
Próstata	82		82	4.2
Sistema hematopoyético	39	42	81	4.2
Colon	39	36	75	3.9
Tiroides	15	58	73	3.8
Ganglios linfáticos	25	36	61	3.1
Páncreas	22	32	54	2.8
Pulmón y bronquios	35	17	52	2.7
Riñón	18	26	44	2.3
Ovario		43	43	2.2
Vesícula biliar	10	28	38	2.0
Hígado y conductos biliares	17	18	35	1.8
Otros	156	191	347	17.9
TOTAL	686	1256	1942	100.0

Fuente: Boletín Epidemiológico SE 27-2012 – DGE

Defunciones por cáncer según sexo y localización topográfica

LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Estómago	8	8	16	17.2
Cuello uterino		12	12	12.9
Piel	5	3	8	8.6
Pulmón	6	1	7	7.5
Próstata	6		6	6.5
Páncreas	5		5	5.4
Mama		5	5	5.4
Riñón	3	2	5	5.4
Ganglios linfáticos		5	5	5.4
Sistema hematopoyético	3	1	4	4.3
Vejiga urinaria		4	4	4.3
Hígado y conductos biliares intrahepáticos	2	1	3	3.2
Mediastino		3	3	3.2
Colon		2	2	2.2
Otros	2	6	8	8.6
TOTAL	40	53	93	100.0

Fuente: Boletín Epidemiológico SE 27-2012 – DGE

Se han desarrollado capacidades en las regiones para el desarrollo del sub sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer a través de talleres que incluye a otros sub sectores (EsSalud, Sanidades de FFAA). Se realizó la evaluación de los sub sistemas de vigilancia existentes de las Enfermedades No Transmisibles (cáncer, lesiones por accidentes de tránsito, violencia familiar), que ha servido para revisar y actualizar el desarrollo de los sub sistemas existentes y replantear nuevos métodos para la vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles.

Se aprobó el Plan Nacional para la Atención Integral de Cáncer y el Mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos del Perú; lográndose el lanzamiento del Plan nacional de Cáncer, a través del cual el Estado dará cobertura a unos 12 millones de peruanos, con una



inversión inicial de 162 millones de soles, cubriendo por primera vez el tratamiento de esa enfermedad. La ejecución del **Plan Nacional de Atención integral de Cáncer** comenzará en seis regiones del país, entre ellas Cajamarca, Cusco y Puno; y nueve hospitales a nivel nacional. Asimismo, cabe precisar que se ha aprobado por parte del Ministerio de Economía y Finanzas el incluir para el año 2013 la cobertura del tratamiento en las neoplasias priorizadas y también se han incorporado cinco nuevos tipos de cáncer dentro de dicho programa: hígado, colon, recto leucemias, linfoma y piel no melanoma; ello en el marco del Plan Nacional de Cáncer “Esperanza”. De esa forma se da sostenibilidad a un programa sanitario cuyo impacto en la salud pública nacional será de gran envergadura a mediano plazo, pues beneficia directamente a la población más necesitada que vive en condiciones de vulnerabilidad.

Se logró la firma de la Carta de Intención para colaboración entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y el Ministerio de Salud, con el fin de fomentar conjuntamente la investigación biomédica oncológica así como para impulsar la educación y capacitación de las futuras generaciones de científicos y médicos clínicos en materia de investigaciones oncológicas.

En Salud Bucal, se ha elaborado las Guías de Practica Clínicas Estomatológicas con apoyo decisivo de la Sanidad de la Marina de Guerra del Perú, Fuerza Aérea, Ejército Peruano, Policía Nacional, Instituto de Salud del Niño, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación Vigil, DIGEMID, DISA Lima Sur, Hospitales Nacionales San Bartolomé, María Auxiliadora, Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, San José, Puente Piedra, Vitarte, ESSALUD, Hospital Almenara, Universidad San Martín de Porres, Cayetano Heredia, Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social. Dichas Guías operan las especialidades enmarcadas en la Ley del Cirujano Dentista. (Cariología, Endodoncia, Cirugía Bucal y Máxilo Facial, Ortodoncia, Periodoncia).

Asimismo, se han elaborado los documentos técnicos: Plan Nacional Sonrisa 65 para Adultos Mayores, Plan Nacional Denti Cuna a niños menores de 5 años, Plan Nacional Sonrisa Escolar para niños escolares del nivel primario.

Se realizó el Lanzamiento Oficial del Plan de Intervención para la de Rehabilitación Oral del adulto mayor con prótesis removibles 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”, el 17 de Marzo del 2012 en la ciudad de Tarma.

Se implementó el Plan de Intervención para la de Rehabilitación Oral del adulto mayor con prótesis removibles 2012-2016 “Vuelve a Sonreír” en las siguientes Regiones:

- ✓ Amazonas (Bagua)
- ✓ Apurímac I (Abancay)
- ✓ Apurímac II (Andahuaylas)
- ✓ Ancash (Ocros)
- ✓ Callao (Ventanilla)
- ✓ Junín (Tarma)
- ✓ Lambayeque (Oyotún)
- ✓ Lima (Canta)
- ✓ Loreto (Requena)

Hasta el I Semestre 2012 se han elaborado y entregado 1,353 prótesis bucales a nivel nacional.

Se ha capacitado a 100 Cirujanos Dentistas en la ciudad de Arequipa en elaboración de prótesis removibles totales. También se ha logrado el financiamiento de las prótesis removibles parciales y totales por el Seguro Integral de Salud mediante la aprobación de la



Resolución Jefatural N° 060-2012/SIS; para el ámbito de intervención del Programa Nacional de Asistencia Solidaria “Pensión 65”. Asimismo, se ha elaborado el Proyecto de Documento Técnico: Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”, el cual se encuentra en proceso de aprobación.

Se ha articulado con el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 para la atención integral y elaboración de prótesis bucales de los adultos mayores. En el mes de julio se ha proyectado atender a 9,000 adultos mayores y elaborar 2,500 prótesis bucales en las provincias de Abancay y Andahuaylas de la Región Apurímac y la provincia de Huancané en la Región Puno. De igual forma, se ha logrado la articulación con el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “JUNTOS” del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para la atención odontológica integral de 6,000 niños en la Provincia de Ayabaca - Región Piura.

Se ha fortalecido la red de atención odontológica móvil mediante la firma de un convenio con el organismo cooperante SOLARIS mediante el cual se ha cedido en uso 03 buses odontológicos al MINSA y 08 a las regiones de Apurímac, Puno, Cusco y La Libertad. Se ha desarrollado un aplicativo web en convenio con RENIEC, para el seguimiento y registro de los datos de atención y seguimiento de la población atendida.

En Salud Ocular, se logró la capacitación a través de pasantías con entrenamiento especializado de 60 profesionales (médicos y enfermeras) del interior del País. Asimismo se realizó visitas de asistencia técnica especializada, referente al fortalecimiento de la gestión y mejora de capacidades sobre las actividades de la ESN de Salud Ocular dirigido a las DIRESA: Huancavelica, Lambayeque, Tumbes, Moquegua, San Martín, Apurímac, Cusco, Pasco, Puno, La Libertad, Ica, Ancash, Cajamarca y Piura; DISAs: DISA Chota, DISA Cutervo, DISA Jaén, DISA Apurímac II, DISA IV Lima-Este.

En cuanto a la ceguera, cabe precisar que en el Perú la principal causa de ceguera es por Catarata bilateral (47%); seguida por los Errores Refractivos No Corregidos (15%), Glaucoma (14%), y la Retinopatía Diabética (5%). Es así que, en el presente año 2012, el Ministerio de Salud en salvaguarda de las Políticas Nacionales del Estado y del Sector, ha incorporado el abordaje de los problemas que causan discapacidad visual como son los errores refractivos, además de la ceguera por catarata.

En ese sentido, se ha buscado fortalecer las intervenciones sanitarias consideradas como productos en el marco del presupuesto por resultados en 2 grupos vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema mediante la búsqueda activa de personas con disminución de la agudeza visual (por personal capacitado a nivel nacional), asimismo la confirmación diagnóstica y tratamiento especializado por médico oftalmólogo según capacidad resolutive a nivel nacional; alcanzándose al I semestre 2012 los siguientes resultados:

- a. Evaluación de agudeza visual y entrega de lentes a medida (para casos de disminución moderada y severa) en niños de edad escolar de 6 a 11 años.

Año	Meta de Población beneficiada	Avance
I Sem-2012	174 mil niños 06 a 11 años tamizados 4,470 niños con lentes	52,000 pacientes tamizados (30%) 1,040 diagnosticados 753 con lentes (17%)

Fuente: DGSP - MINSA

- b. Diagnóstico y cirugía de cataratas con colocación de lente intraocular, en Adultos mayores pobres y extremos pobres.

Año	Meta de Población beneficiada	Avance
I Sem-2012	217,000 adultos mayores evaluados 17,000 personas operadas por cataratas (MINSA: 8,956)	Nº de adultos mayores evaluados: 26,680 (12.29%) Nº de Cirugías: 2,437 (*Sector: 14.0% MINSA: 27.2)

Fuente: DGSP - MINSA

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

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

Con un enfoque Integral para la identificación y atención de personas en riesgo de intoxicación por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas en coordinación con la Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud, Direccional General Salud Ambiental, Dirección General de Promoción de la Salud y Defensoría de la Salud y Transparencia, se realizaron actividades multisectoriales para el fortalecimiento de competencias del personal de salud en Junín, Ancash, Huánuco, Puno, Ica, Huancavelica, Cajamarca, Cusco, Apurímac, Ayacucho, Chimbote, Callao, así como en la DIRESA Lima - Red Huarochirí.

El Instituto Nacional de Salud (INS) viene participando en grupos de trabajo y comisiones para la atención de emergencias sanitarias y ambientales. De este modo, en coordinación con la DIRESA Pasco (Resolución Ministerial N° 117-2012-MINAM), viene participando en la elaboración del estudio de exposición en localidades afectadas en Pasco, así como en la elaboración de una propuesta de implementación de Laboratorio Químico Toxicológico y Evaluación Clínica de Desintoxicación. En Espinar, Región Cusco, el INS participa en el grupo de trabajo sanitario y ambiental para validar un protocolo de investigación para poblaciones expuestas a metales pesados, en el marco de la Mesa de Diálogo establecida en esta provincia. Asimismo, el INS participa en el diseño y elaboración de las propuestas normativas y políticas orientadas a la mejora de las condiciones ambientales y sociales bajo las que se desarrollan las actividades económicas, especialmente las industrias extractivas (Comisión Multisectorial creada mediante R.M. No 189-2012-PCM).

Asimismo, la Dirección General de Epidemiología (DGE) dio respuesta a la Emergencia de Contaminación ambiental en el departamento de Pasco, con el desarrollo de un Taller de entrenamiento del Personal de Salud de los distritos afectados y de la Oficina Regional de Epidemiología, en aspectos de Vigilancia de Riesgos ambientales.



El INS a través del CENSOPAS viene coordinando esfuerzos con el Ministerio de Trabajo, ESSALUD y SERVIR para la implementación progresiva en el Sector Público de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo – Ley No 29783, Reglamento D.S. N° 005-2012-TR.

En materia de investigación en Salud Ocupacional y Ambiental, se viene realizando la evaluación genotóxica en personal de salud expuestos a citostáticos en el INEN y regionales, así como la determinación de frecuencia de micro núcleos en trabajadores de la minería artesanal expuestos a mercurio. Determinación del daño al ADN en personal de salud expuesto a radiaciones ionizantes. El INS viene realizando el análisis de muestras para metales pesados: plomo, arsénico, mercurio y cadmio (a julio del 2012 3,800 muestras).

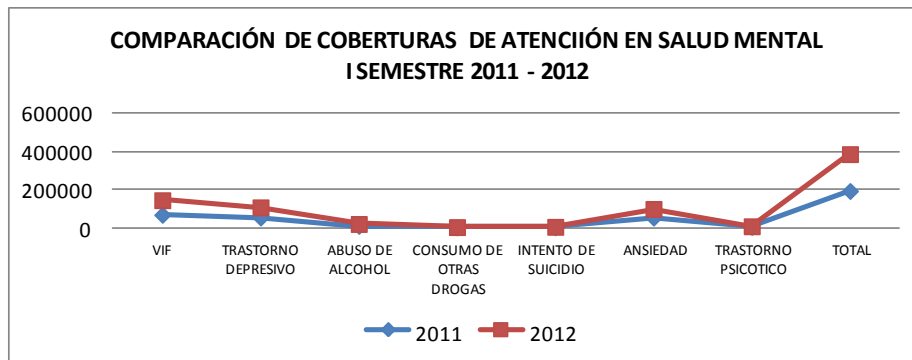
Se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 389-2011/MINSA la Guía Técnica “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Arsénico”, cuyo objetivo es establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por arsénico, así como la prevención de los potenciales complicaciones.

Se ha capacitado a 333 profesionales de la salud en atención a personas expuestas e intoxicadas por metales pesados con las Guías de Práctica Clínica, en las regiones de Lambayeque, Sullana – Piura, Ayacucho y Pasco. Así como logrado capacitar y certificar en coordinación con el INS a 128 profesionales de laboratorio clínico de las de las regiones de Ancash, Cajamarca, Junín y Pasco.

Se ha validado Guías de Práctica para diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por Arsénico y Mercurio. Asimismo, se ha realizado la pre publicación del Reglamento de la Ley 29662, Ley que prohíbe el asbesto anfíboles y regula el uso del asbesto crisotilo. A su vez, se elaboró la Norma Técnica en Salud Pública de determinantes de riesgo por exposición e intoxicación por plaguicidas, que se encuentra en proceso de aprobación, el cual permitirá recoger la información sistematizada de las intoxicaciones por plaguicidas y conocer la magnitud real del problema para orientar la toma de decisiones a nivel del sector como de otros sectores (Ministerio de Agricultura-SENASA, MINAM).

Se logró capacitar a 50 médicos generales especialistas (Medicina Interna y Pediatras) de 23 regiones del país en un taller denominado “Criterios de Diagnóstico y Tratamiento de Personas Intoxicadas por Metales Pesadas y Sustancias Químicas”. Asimismo, se han logrado convenios de cooperación interinstitucional entre las Estrategias Regionales de Metales Pesados (DIRESAS) y el INS, con el objeto realizar muestreo biológico para metales pesados y otras sustancias químicas por un periodo de vigencia por tres años.

En lo que respecta a Salud Mental, se evidencia un incremento de cobertura de atención en problemas y trastornos de salud mental en 15% en comparación al año anterior.



Fuente: DGSP – MINSA



Como acciones de intervención en este rubro, se viene brindando una atención diferenciada a las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia a través de los 42 Módulos de Atención de Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud – MAMIS. Estos servicios de salud se encuentran ubicados en los Centro de Salud del nivel de atención I-4, Hospitales II-1, II-2 y III-1, excepcionalmente en los niveles III-2. Estos módulos están constituidos por un equipo interdisciplinario de profesionales de salud capacitados en salud mental que desarrollan actividades de prevención y atención de víctimas del maltrato. Asimismo, realizan acciones de coordinación con otras instituciones públicas y privadas a fin de fortalecer las redes sociales de apoyo para las personas en riesgo o víctimas de maltrato.

Es así que, se ha aprobado mediante Resolución Ministerial N° 472-2011/ MINSA, la Directiva Sanitaria N° 041-MINSA / DGSP –V.01 el cual regula el funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS). Este Documento Técnico tiene por objetivo establecer los lineamientos que orienten la organización, gestión, financiamiento y prestación de los MAMIS en los establecimientos de Salud de las DISA; DIREAS y GERESAS a nivel nacional. Asimismo, ha sido implementada esta Directiva Sanitaria que regula el funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS). Asimismo, se logró la implementación del Proyecto de Cooperación entre países (TCC-OPS) para el fortalecimiento de Salud Mental en la atención Primaria, en el tema de Violencia. Y se culminó el Proyecto MINSA-JICA “Fortalecimiento de los servicios de salud para la atención integral a víctimas de la violencia” en 11 regiones del país. Se sumó a ello, e desarrollo del programa piloto de “escuelas sin violencia” en la DISA Lima-Ciudad, en cuatro colegios de Magdalena del Mar, en el marco de la lucha contra el hostigamiento escolar (bullying). Cabe mencionar, que como parte de la Salud Mental, se han aprobado los “Lineamientos para acompañamiento Psicosocial a Familiares de Personas Desaparecidas”, mediante resolución Ministerial N° 299-2012-MINSA.

En coordinación con DEVIDA, se han implementado 145 Módulos de Salud Mental con énfasis en Adicciones a lo largo de todo el país a fin de fortalecer la prevención, la detección y los casos de menor complejidad relacionados al consumo de alcohol y otras drogas.

Por otro lado, en lo que respecta a drogo dependencia, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención a Dependientes a Sustancias Psicoactivas y otras Dependencias, mediante Decreto Supremo N°006-2012-SA. Además de ello, se realizó el convenio con la Comisión Nacional para el Desarrollo de Vida sin Droga – DEVIDA, para la transferencias presupuestales a 10 DISAS y DIREAS para el fortalecimiento de la detección, atención y tratamiento de alcohol y otras drogas; habiéndose implementado 12 módulos en las regiones de Lima Ciudad (4), Moquegua (4) y Tumbes (4), haciendo un total de 157 Módulos de Salud Mental con énfasis en adicciones a lo largo de todo el país. Adicional a ello, se realizó el convenio con la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito-ONUDD para el fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de salud en la línea de adicciones.

A su vez, se ha logrado la ejecución del Proyecto: “Salud Mental para el desarrollo de la región Apurímac en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud 2010 – 2014” en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, desarrollando las capacidades de los actores sociales y mejorando la capacidad instalada en los servicios.



En relación a Salud Familiar, cabe señalar que se tiene por finalidad promover la salud, estilos de vida y comportamientos saludables, previniendo la enfermedad en las familias, con participación comunitaria, basada en el respeto a su cultura e identidad. Con el objetivo de ampliar el acceso y cobertura de las familias a la atención integral de salud con calidad, para la inclusión social, en el primer nivel de atención, se han incorporado 293,332 habitantes que corresponden a 73,333 familias, alcanzando el 56% de la meta de atención a nivel nacional.

Se ha aprobado mediante Resolución Ministerial N° 545-2011/MINSA la Directiva Sanitaria N° 042-MINSA/DGPS-V.01 “Directiva Sanitaria para la implementación de la Estrategia Educativa en Salud “Plan Cuido a mi Familia”, con la finalidad de contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables en las y los estudiantes y de sus familias a través del fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud en las instituciones educativas de nivel primario y secundario de educación básica regular.

Asimismo, se contó con Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud de la y el adolescente: 1930 servicios diferenciados intramurales con 311 ambientes exclusivos, 1617 horarios diferenciados y 2 servicios especializados. En extramurales 149 espacios de escucha en instituciones educativas, 42 Centros de Desarrollo Juvenil y 161 AISPED que atienden adolescentes de acuerdo al perfil epidemiológico de la región.

Se ha elaborado en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y la CDC de Atlanta, la Encuesta Global sobre Prácticas y Comportamientos Saludables en Adolescentes en las Instituciones Educativas, realizada a 2,882 escolares, en 19 regiones priorizadas respecto a enfermedades prevalentes y factores protectores de los escolares a nivel nacional. Asimismo cabe mencionar que el resultado de la encuesta fue impreso y distribuido (1000 ejemplares), con financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud.

Se logró que 634 mil estudiantes participaran en sesión de Lavado de Manos, lo que mereció la incorporación del MINSA en el Record Guinness. La actividad fue desarrollada en coordinación con el Ministerio de Educación y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional.

Se logró la articulación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para el desarrollo de la Iniciativa de Kioscos Escolares Saludables. Asimismo, se emitió la Resolución Directoral N° 001-2012 DGPS/MINSA que recomienda lista de alimentos para ser Implementados por el Ministerio de Educación Kioscos Escolares Saludables. Del mismo modo, se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 298-2011/MINSA el Documento Técnico “Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible”, cuyo objetivo es brindar orientación técnica al personal de salud para fortalecer su capacidad de gestión en la implementación de acciones de promoción de la salud en instituciones educativas. Adicionalmente, se logró que 100% de las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud implementaran la Guía de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible (R.M. 298-2011/MINSA).

Se capacitó a 600 trabajadores de los diversos sectores económicos y de servicios en aspectos técnicos y normativos de salud, higiene, seguridad, psicología y ergonomía ocupacional, mediante talleres, seminarios y cursos a través del asesoramiento y asistencia técnica, según las funciones y competencias del Ministerio de Salud. Estos eventos se realizaron en las 14 DIRESA: Tacna, Trujillo, Puno, Lambayeque, Ica, Huaraz, Arequipa, Cajamarca, Iquitos, Huaraz, Chimbote, Ayacucho, Ucayali, Piura y Pasco.



En cuanto al tema de residuos sólidos, se cumplió con dotar de insumos a 16 Hospitales e Institutos de Lima, para la segregación adecuada de sus residuos sólidos biocontaminados proporcionando tachos, recipientes rígidos para punzo cortantes, coches de transportes, bolsas de colores y contenedores. Los hospitales e institutos fueron: Cayetano Heredia, Santa Rosa, María Auxiliadora, Daniel Alcides Carrión, Dos de Mayo, Arzobispo Loayza, Hipólito Unanue, Sergio Bernales, Carlos Lan Franco La Hoz, José Casimiro Ulloa, San Bartolomé Herrera, Emergencias Pediátricas, Instituto nacional de Ciencias Neurológicas, instituto nacional Materno Perinatal, Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Instituto Nacional de salud del Niño.

Se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 258-2011/MINSA el Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011 – 2020, cuyo objetivo es establecer una Política Nacional de Salud Ambiental que fortalezca la prevención y el control de riesgos sanitarios y ambientales relacionados a los daños a la salud de los ciudadanos en el marco del proceso de descentralización en salud.

Además, se aprobaron documentos normativos como: La NTS N°094-MINSA/DIGESA V.01 Norma Técnica de Salud para Inspecciones de ambientes 100% libres de humo de tabaco, mediante R.M. N°415-2012/MINSA, y la NTS “Gestión y Manejo de Residuos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” R.M. N° 554-2012.

Se realizó el primer Seminario Internacional de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo con la asistencia de 6 expositores internacionales de los países de Suiza, Francia, Colombia, Rusia y Chile, así como representantes de las 25 regiones del país y de la ciudad de Lima de instituciones públicas y privadas que generan residuos sólidos biocontaminados, el mismo que fue financiado por el BID.

Se han realizado 26 diagnósticos de residuos sólidos en Hospitales de Cusco, Puno, Arequipa, Juliaca, Ayacucho (Huanta y Huamanga) Apurímac (Abancay, Andahuaylas) y 6 en ciudades del Sur del Perú, en convenio con la Cooperación Suiza en el marco del “Proyecto Gestión Integral de Residuos Sólidos en el Sur del Perú”.

En relación a los accidentes de tránsito, se ha implementado un modelo de Observatorio de Seguridad Vial en Puente Piedra para análisis de las causas y consecuencias de los accidentes de tránsito en dicho distrito, con participación de la Municipalidad de Puente Piedra, Dirección General de Epidemiología, Cuerpo de Bomberos, Policía Nacional del Perú e Instituto de Medicina Legal y la Organización Panamericana de la Salud. Asimismo, se elaboró la cartilla educativa: “Cartilla de prácticas saludables orientadas a una cultura de tránsito y seguridad vial”.

Se firmó Acta de “Encuentro de Gobiernos Locales en el marco del Decenio de acción para la Seguridad Vial” en la Reunión Nacional de Alcaldes, con 295 participantes: 106 municipalidades (97 Alcaldes y 109 Regidores y otros representantes municipales), 56 Personal de Salud, 33 Representantes de Otras Instituciones de Lima.

En lo que respecta a los municipios y comunidades saludables, se conformó la nueva Junta Directiva Nacional de la Red de Municipios y Comunidades Saludables – Perú para el periodo 2012-2014, presidida por Ayacucho e integrada por: Madre de Dios, Lambayeque, Piura, Lima.

Se incorporaron 03 metas de salud en el Plan de Incentivo para la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal 2012, del Ministerio de Economía y Finanzas: a) Identificación de zonas de riesgo de accidentes de tránsito, b) Implementación de ciclovías recreativas y c) Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y del niño. Y 1,562 Agentes Comunitarios de Lima y Callao reconocidos por el MINSA, renovaron compromiso ante el Ministro de Salud.

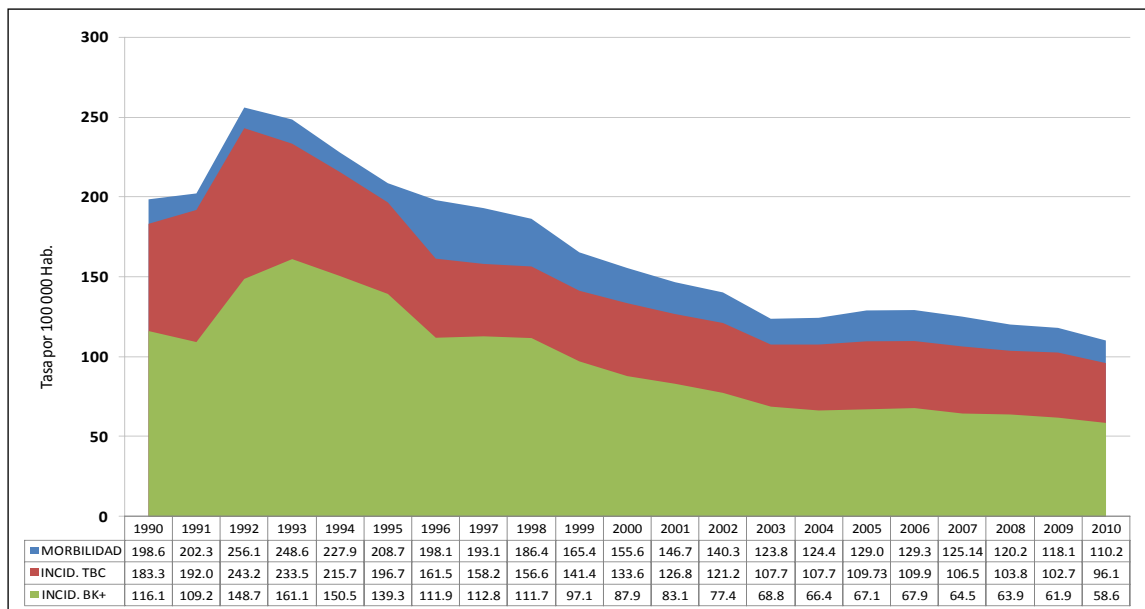
En lo referente al tema de discapacidad, se logró la ampliación de la oferta de servicios de rehabilitación integral en el I nivel de atención mediante el diseño y aprobación del Programa Presupuestal para la Inclusión Social Integral de las personas con discapacidad 2013 – 2015, el mismo que será incorporado en la Ley de Presupuesto 2013.

Objetivo 04: Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles con énfasis en la población en pobreza y extrema pobreza

Respecto a la Tuberculosis, cabe señalar, que el Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019 busca disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbi-mortalidad por Tuberculosis así como sus repercusiones sociales y económicas.

En ese sentido, la Tasa de Morbilidad total en Tuberculosis para el 2010 ha disminuido en 6.6% (de 118.1 a 110.2 por 100,000 Hab.) en comparación al año 2009. Así también la Tasa de incidencia de TB BK (+) muestra una disminución de 5.3% (de 61.9 a 58.6 por 100,000 Hab.) para este mismo periodo.

TASAS DE MORBILIDAD E INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PERÚ. 1990 – 2010



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis /DGSP/MINSA/PERU
 Año 2010 Preliminar
 Actualizado al 30-May-11 / RAQG

Se ha dado una disminución de un 2% de los casos totales de Tuberculosis con respecto al año pasado. Asimismo, se ha evidenciado disminución en un 25% de los casos de TB resistentes al tratamiento (DGSP – MINSA). Además de haberse realizado un incremento

en la detección de sintomáticos respiratorios y tratamientos gratuitos para TB y TB MDR, así como la adherencia.

La medida preventiva más eficaz para evitar el contagio es eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. En ese sentido uno de los indicadores que refleja la intensidad de búsqueda es el indicador trazador, el cual desde el año 2008 al 2011 (3° trimestre) muestra un incremento, como se muestra en el siguiente cuadro:

SR IDENTIFICADOS / ATENCIONES > DE 15 AÑOS AL 3° TRIM 2007- 2011 MINSA



Fuente: Informes Operacionales al 3° trimestre 2011-MINSA

De la misma manera se observa un incremento sostenido de los Sintomáticos Respiratorios Examinados y de las baciloscopias de diagnóstico total realizadas desde el 2007 al 2011 (Tercer Trimestre).

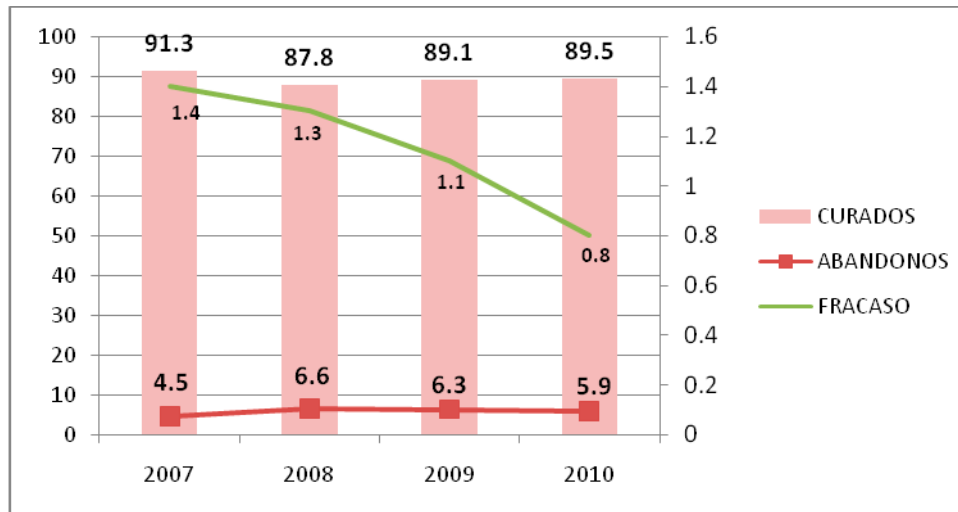
N° DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS EXAMINADOS Y N° DE BACILOSCOPIAS DE DIAGNÓSTICO TOTAL REALIZADAS AL 3° TRIM 2007-2011 MINSA



Fuente: Informes Operacionales al 3° trimestre 2011-MINSA

Se ha incrementado la proporción de curación de 89.1% a 89.5% de TB sensible (cohorte 2009, cohorte 2010 respectivamente). Así también disminución sostenida y significativa de los fracasos a tratamiento de TB de 1.1% en la cohorte 2009 a 0.8% en la cohorte del 2010. Y la disminución del abandono de tratamiento TB de 6.3% a 5.9%.

ESTUDIO DE COHORTE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ESQUEMA UNO (2RHZE/4R₂H₂) PERU - 2007 – 2010



Fuente: Estudios de Cohorte al Esquema Uno 2008-2010.MINSA

Se ha logrado el posicionamiento de la Estrategia como ente coordinador intersectorial a través del Pacto Multisectorial “Lima Respira Vida”, para la mejora de determinantes sociales con la intervención de presupuesto participativo municipal para acciones contra la tuberculosis.

Durante el último año se han tratado gratuitamente 13,800 peruanos por Tuberculosis. Además se ha logrado el acceso 100% gratuito para la atención integral de todos los casos a través del Seguro Integral de Salud. Asimismo, se han incluido nuevos medicamentos totalmente gratuitos para el tratamiento de los casos resistentes.

Se han implementado modernas técnicas de diagnóstico rápido y para evaluar la resistencia al tratamiento (Convenio de Cooperación MINSA – FIND) por 1,5 millones de dólares. Asimismo, se ha realizado la introducción de Pruebas Rápidas para el diagnóstico de TB y TB MDR por el Instituto Nacional de Salud fortaleciendo de esta manera la capacidad de diagnóstico de la TB MDR; además, se implementó con 02 nuevos Laboratorios para la detección de casos (Trujillo e Ica). En este año 03 adicional: Ucayali, Madre de Dios, Tacna.

Se inició la administración de tratamientos para XDR en el Hospital Hipólito Unanue; en tanto que, los Hospitales Sergio Bernales y María Auxiliadora se encuentran en proceso para adecuar su infraestructura para iniciar administración de tratamientos a XDR.

Se alcanzó un avance del 80% para la implementación del Sistema Único de Información (HIS) y unificación del Sistema de Resultados de Pruebas de Sensibilidad. También se han realizado intervenciones a través de Campañas de Salud en Penales; y se cuenta con un nuevo Portal Web.



Por otro lado, se ha elaborado la propuesta de vigilancia de Tuberculosis por parte de la DGE, la misma que debe ser implementada en la Red Nacional de Epidemiología hasta diciembre del año 2012.

Con relación al VIH-SIDA, el tratamiento y la adherencia al TARGA se ha disminuido en más del 50% el registro de nuevos casos de personas en etapa SIDA y se ha disminuido la mortalidad por SIDA en 40%.

En el año 2011, se ha provisto Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) a 16,003 personas viviendo con VIH/SIDA. Asimismo, se amplió el acceso de la población afectada por VIH al incrementar el número de establecimientos que brindan TARGA de 67 a 74 lo que representa el 73% de todos los servicios del sector (Seguridad Social el 25% y otros el 2%).

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

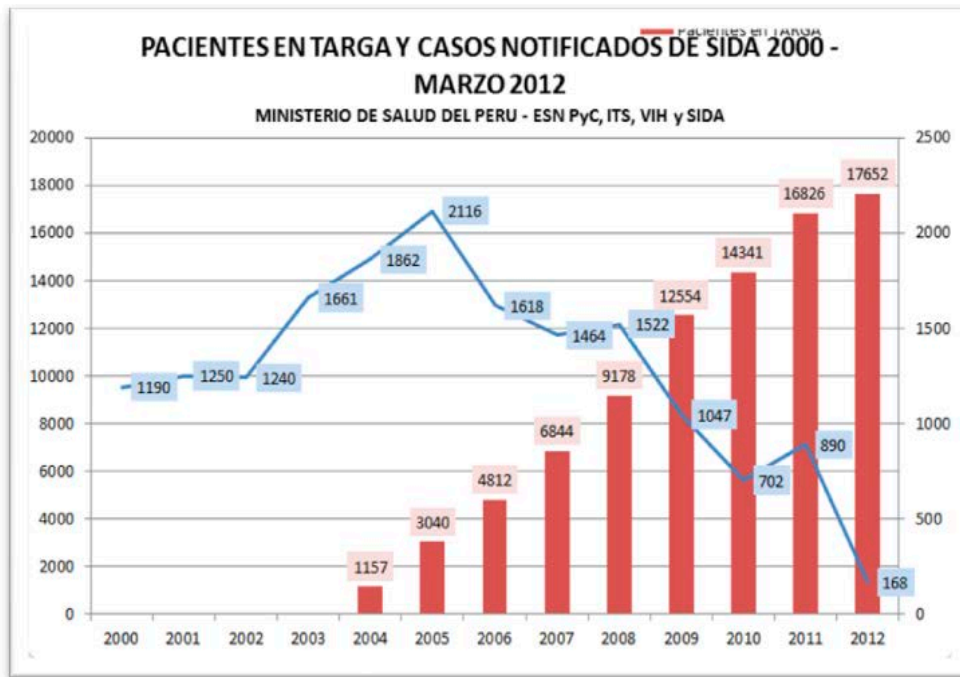
Se implementó el grupo de trabajo: “Niños y VIH SIDA”, con UNICEF y la sociedad civil para fortalecer la respuesta nacional frente a la epidemia en ese grupo poblacional. Además se trabajó en la sensibilización y capacitación en temas de Estigma y Discriminación al 40% del personal de salud que atiende a niños con VIH SIDA en 13 Hospitales de Lima. Asimismo, se implementó un Modelo Diferenciado de Atención Integral a familias afectadas e infectadas por VIH en 05 regiones del país: Lima, Ancash, Ica, Ucayali y Loreto.

Se realizó a través del financiamiento del Proyecto de la Sexta Ronda Fondo Global, con la Asociación Civil Impacta Educación y Salud, la Vigilancia Epidemiológica de Sífilis y VIH en población de hombres que tienen sexo con otros hombres de mayo a noviembre del 2011, así como la evaluación de tres metodologías de reclutamiento de participantes: Bola de Nieve (Snowball), Muestreo por Tiempo – Espacio (TSS) y Muestreo Dirigido por Participantes (RDS). Dicha información se constituye en la base epidemiológica que permitirá orientar las intervenciones en la prevención y control de las ITS, VIH – SIDA.

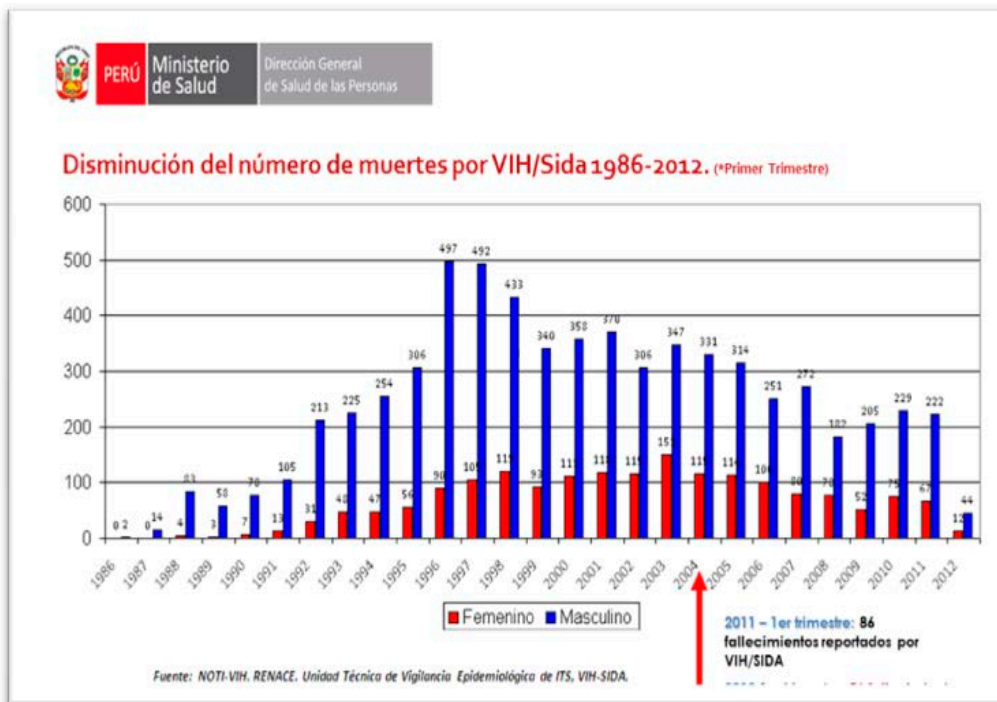
Se incrementó de la cobertura de tratamiento en gestantes VIH positivas a más del 91%, previniendo así que nazcan más niños con VIH. Asimismo, se ha logrado disminuir la transmisión vertical de 3.9% en el 2011 a 2.4% a junio del 2012, con meta al 2015 de 0%.

Se aprobó el Proyecto “Construyendo Capital Social para la Prevención del VIH y el Acceso a la Salud Integral de la Población Trans, Gay y HSH, sin transfobia ni homofobia en el Perú” de X Ronda del Fondo Mundial.

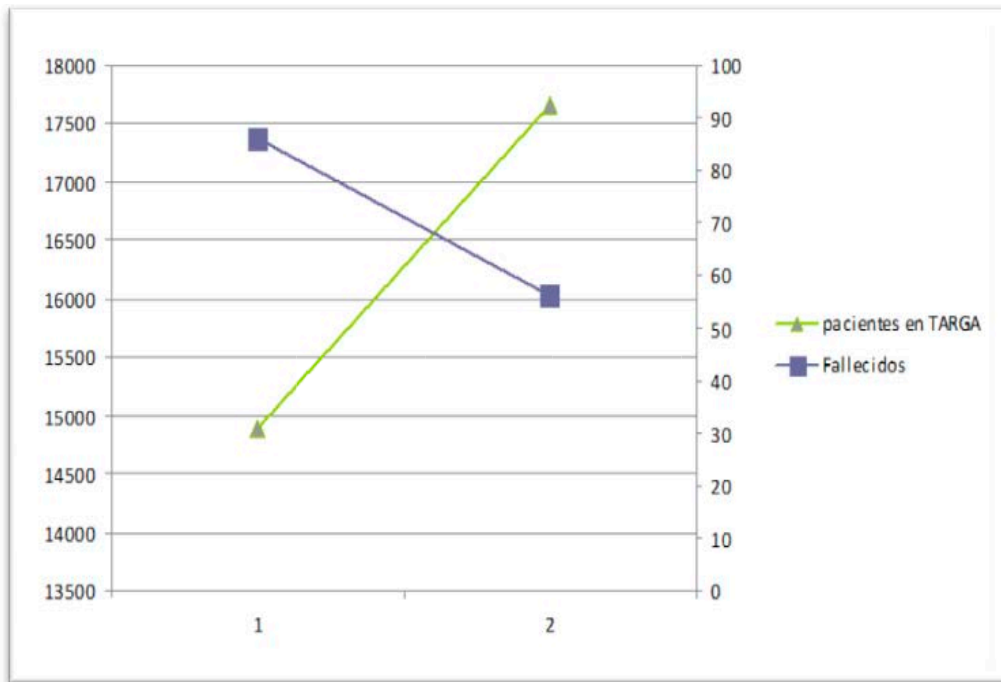
Se elaboró el informe de los indicadores UNGASS 2010 presentado al Programa Conjunto de Naciones Unidas para la Lucha contra el VIH-SIDA para su vigilancia.



Fuente: DGSP –MINSa



Fuente: DGSP -MINSa

**Nº DE FALLECIDOS EN EL PERIODO DE PRIMER TRIMESTRE VS PACIENTES EN TARGA
DE MARZO 2011 A MARZO 2012**

Fuente: DGSP -MINSa

Se implementaron las pruebas rápidas treponémicas para Sífilis que se pueden realizar en 10 minutos en el contexto de la atención primaria de la salud, junto a la prueba rápida de VIH, con el fin de optimizar el diagnóstico oportuno.

Para Hepatitis B, se adquirieron 250 tratamientos para personas que padecen de Hepatitis B, principalmente en zonas endémicas. Asimismo, se ha aprobado mediante Resolución Ministerial N° 566-2011/MINSA la Norma Técnica de Salud N° 092-MINSA/DGPS-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú", con la finalidad de prevenir y controlar la transmisión del virus de la Hepatitis B (VHB), reduciendo la morbimortalidad en la población general y en grupos de riesgo.

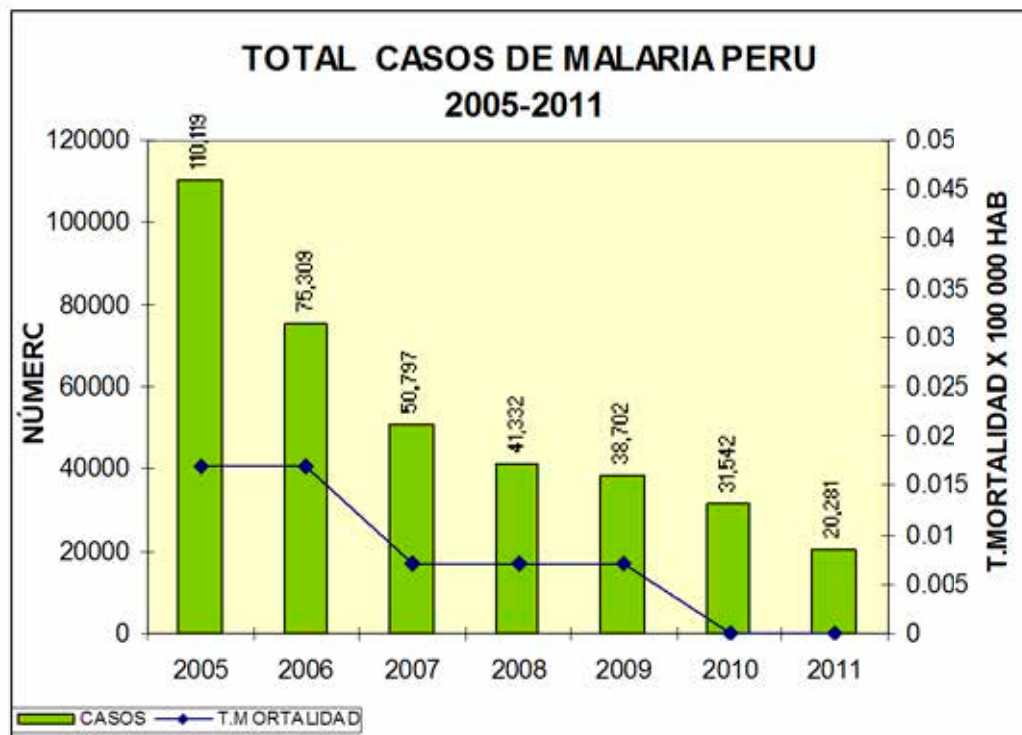
En cuanto al tema de identificación de brotes epidémicos, se fortaleció a los equipos de Alerta Respuesta Regionales y se da continuidad a la notificación de brotes, epidemias y otras emergencias sanitarias vía Web. En el 2011 se ha detectado más e 100 brotes a nivel nacional, permitiendo orientar acciones de control de prevención oportunas. Es así que se identificó oportunamente los brotes epidémicos de Dengue, Leptospirosis, Malaria, Tos Ferina, y los riesgos a la salud debidos a fenómenos de inundación en la selva de Loreto y con la participación en el control de los mismos.

Se elaboró y aprobó la Directiva Sanitaria de Notificación Inmediata de Brotes, Epidemias y Otros Eventos Sanitarios, Documento Normativo que establece los procedimientos, flujos y plazos de notificación de brotes epidémicos, epidemias y otros eventos de importancia en Salud Pública por parte de los servicios del sector salud, a la Dirección General de Epidemiología, con el propósito de analizar los riesgos y de recomendar una respuesta adecuada y oportuna.

El País cuenta con una Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENACE), la cual está constituida por 7,872 establecimientos de salud, los cuales están registrados en el “Sistema Nacional de Notificación Epidemiológica”, de estos 6,919 son “Unidades Notificantes”, reconocidos con Resolución Directoral de las respectivas regiones de salud, que pertenecen a diferentes instituciones del sector (MINSA, EsSALUD, Sanidades FFAA y FFPP, privados, etc.). Ellos remiten información de manera periódica a los diferentes niveles (red, región, nacional).

Se ha continuado con la elaboración y difusión de manera permanente de los Boletines Epidemiológicos Semanales (SE), 52 boletines epidemiológicos y 52 informes de sala situacional publicados en la página web. Asimismo, se han emitido 12 Boletines Mensuales de la Situación de VIH – SIDA. Estos boletines constituyen el mecanismo de retroalimentación de la información analizada inclusive hasta el nivel distrito, generada por todas las regiones respecto a todos los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en el Perú, que son publicados en forma impresa y en la página web de la Dirección General de Epidemiología (www.dge.gob.pe).

En cuanto a las enfermedades Metaxénicas y zoonosis, tenemos que la Malaria en el Perú en la última década muestra una tendencia sostenida hacia la reducción.

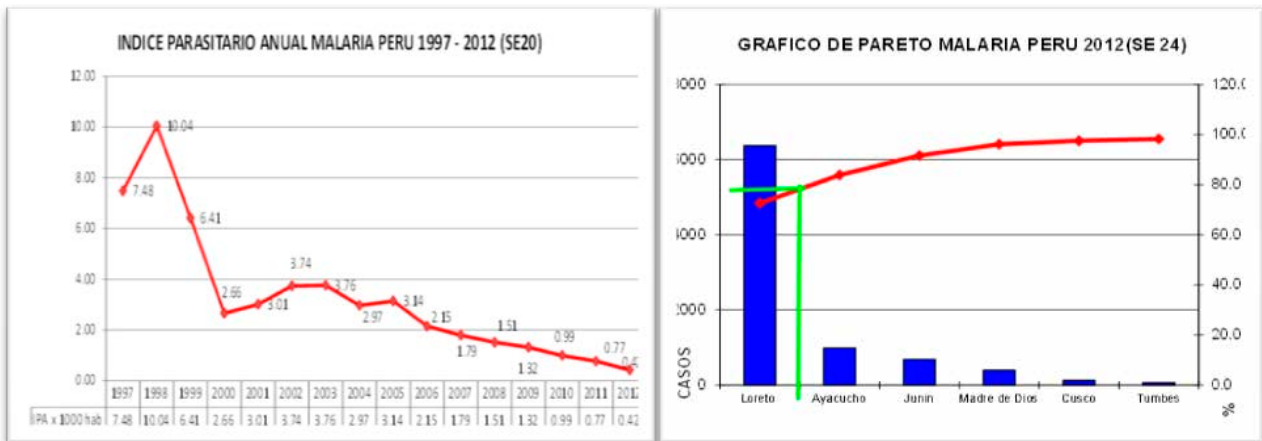


Fuente: DGSP - MINSA

El año 2005 se reportó un total de 110,119 casos de malaria; el 2006: 75,309; el 2007: 50,797; 2008: 41,332; 2009: 38,702; 2010: 31,542 y el 2011: 20,281 casos respectivamente. Evidenciando en el año 2011 un decrecimiento en el orden del 27.4% en relación al año anterior; no se reportan fallecimientos por esta causa en los últimos 02 años. Sin embargo aun existen poblaciones ubicadas en áreas de muy alto y alto riesgo de transmisión, por lo que es necesario consolidar y sostener las acciones integrales de prevención y control de la malaria.



Asimismo, se evidencia que la Morbilidad por Malaria ha disminuido en los últimos años, con una reducción además del Índice Parasitario Anual (IPA) de 0.77 (2011) a 0.42 x 1000 Habitantes en el Primer Semestre del 2012. El número de casos totales de malaria se ha reducido de 29257 en el 2010 a 23078 en el 2011, registrando a lo que va del 2012 sólo 12597. Así mismo de acuerdo al diagrama de Pareto las regiones que reportan el 80 % de casos de Malaria se ha reducido de 03 en al 2011 (Loreto, Junín y Ayacucho) a 01 en el 2012 (Loreto).



Fuente: DGSP - MINSA

Se contó con stock de medicamentos para la atención del 100 % de los casos de malaria incluyendo las áreas no endémicas. De la misma manera, se ha mejorado la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos a nivel de los servicios de salud con participación activa de los Agentes Comunales de Salud. Algunas regiones han logrado incorporar Proyectos de Prevención y Control de Malaria y Dengue en los Presupuestos Participativos a nivel de gobiernos locales y Proyectos de Inversión Pública financiados por los Gobiernos Regionales.

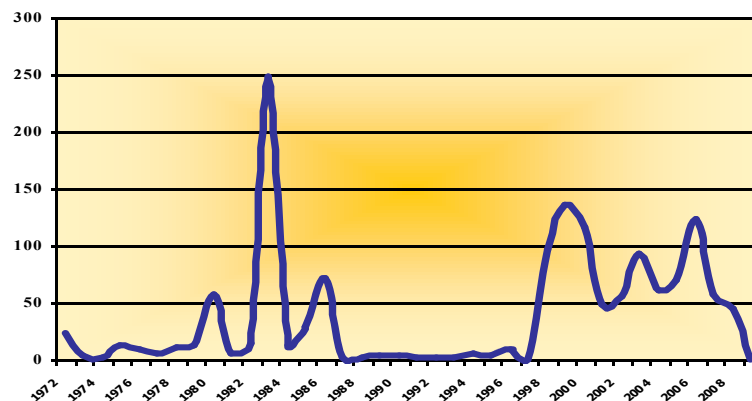
No se ha reportado ninguna defunción debida a Malaria, durante el periodo Agosto 2011 a Junio 2012, lo que indica que los casos que se han presentado han sido atendidos por los servicios de salud de manera oportuna y eficaz. Esto indica también que los esquemas terapéuticos utilizados en nuestro país son eficaces.



Fuente: DGSP - MINSA

Por otro lado, no se han registrado casos agudos de enfermedad de Chagas transmitidos por *Triatoma infestans* en los últimos años.

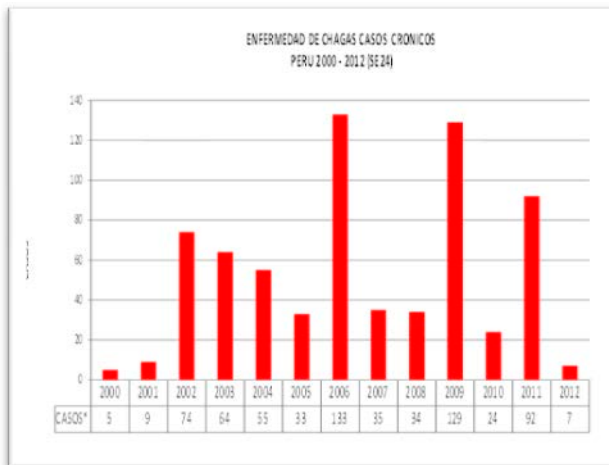
**CURVA HISTORICA-CASOS DE CHAGAS PERU
1972-2011**



Fuente: DGSP - MINSA

Se ha alcanzado la Certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tacna y Moquegua. En la región Arequipa hasta la fecha muestra la interrupción en cinco distritos los que reportaban densidades de infestación triatómica alta y que fueron priorizados en la intervención, enfatizando las acciones de vigilancia entomológica y control vectorial.

Se logró interrumpir la transmisión de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tacna, Moquegua y disminuir la transmisión de la enfermedad en el resto de áreas endémicas. El número de casos de enfermedad crónica reportados ha disminuido ostensiblemente. Además, se logró garantizar el tratamiento gratuito a todos los casos crónicos reportados.



Fuente: DGSP – MINSA



Fuente: DGSP - MINSA

No se han reportado casos Agudos de Enfermedad de Chagas en menores de 5 años, ni adquiridos por vía transfusional.

En relación a la Bartonelosis, es un problema de salud pública que afecta primordialmente a la población de los valles interandinos, principalmente de las Regiones Piura, Cajamarca, Ancash, La Libertad y Amazonas. Intervenciones integrales han permitido reducir el nivel de afectación y riesgo, circunscribiéndose en localidades que aun el saneamiento y las condiciones de vivienda y costumbres de la población la exponen al riesgo de enfermar y morir.

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



Fuente: DGSP - MINSA

La principal intervención corresponde al fortalecimiento de la prestación en el primer nivel de atención privilegiando a la detección precoz y tratamiento de casos; acciones dirigidas al vector, la modificación de hábitos y costumbres de la población, favorecen su prevención y control.

En cuanto a la zoonosis, tenemos que entre las principales enfermedades zoonóticas destaca la rabia por su relevancia e impacto, así como la peste, brucelosis, carbunco, leptospirosis y los accidentes por animales ponzoñosos, pero el País tiene el gran reto de



afrontar la prevención y control de las enfermedades zoonóticas parasitarias como Echinococosis quística, fasciolosis, cisticercosis, entre otras; las cuales generalmente afectan a las personas que habitan en las zonas rurales y se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema.

El Perú se encuentra en proceso de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en todo el territorio nacional y en el fortalecimiento de la prevención y control de la rabia humana transmitida por murciélago hematófago. Todo enmarcado en el compromiso de los países de la Región de las Américas y la OPS/OMS de eliminar la rabia humana transmitida por el perro al 2012.

En la actualidad la estrategia de zoonosis ha venido coordinando con las Diresas, Geresas y con el apoyo de la OPS, el involucramiento de los gobiernos regionales y locales, en la prevención y control de las enfermedades zoonóticas parasitarias, como Echinococosis quística y fasciolosis.

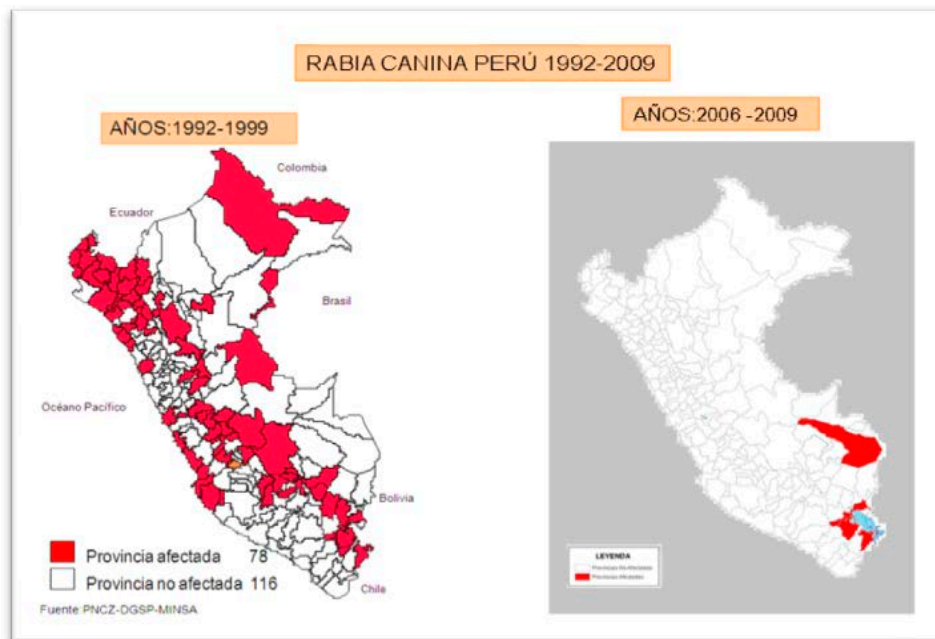
Para el caso específico de rabia, se declaró oficialmente las Áreas Libres de Rabia Humana y Canina producida por variante V1 y V2, del 88% del territorio nacional, excepto la región de Puno. Sólo el departamento de Puno en Enero 2011 presentó 01 caso de rabia humana transmitida por el perro. En el proceso de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro se han realizado a junio del 2012 actividades binacionales entre Perú y Bolivia en el marco del “Proyecto de Cooperación entre países para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en Argentina-Bolivia-Brasil y Perú”, con la cooperación OPS/OMS. Siendo el compromiso de los países de la Región de las Américas y la OPS/OMS de eliminar la rabia humana transmitida por el perro al 2012.

En prevención de la rabia humana, se inmunizó aproximadamente a 10,989 mil canes, con la finalidad de proteger a un promedio de 25,989 habitantes de la franja binacional correspondiente a Perú-Bolivia.

Se aprobó y se puso en marcha el “Plan de vacunación antirrábica humana esquema de pre exposición con vacuna a cultivo celular” para el fortalecimiento de la prevención y control de la rabia humana transmitida por murciélago hematófago, en el departamento de Amazonas. Esta actividad cuenta con el asesoramiento técnico de la OPS/OMS, CDC de Atlanta.

Se obtuvo por donación al Ministerio de Salud de 60,000 dosis de Vacuna Antirrábica humana derivada de células diploides (IMOVAX® Rabies), por parte de SANOFI PASTEUR, por un valor de S/. 9 757 800 para atender las necesidades del Plan de vacunación antirrábica esquema pre exposición con vacuna cultivo celular” a la Diresa Amazonas.

Por otro lado, la rabia canina en el país mantiene un descenso progresivo de su incidencia desde 1993, año en que se registró el último brote epidémico, logrando en el 2003 una disminución del 99% en el reservorio urbano. En los años sucesivos, los casos han disminuido progresivamente, quedando circunscrito hasta junio del 2012 solamente a los departamentos de Puno y Madre de Dios como los únicos que siguen registrando casos caninos, estando de esta forma el 88% del territorio nacional libre de rabia canina a junio 2012.



Fuente: DGSP - MINSa

En relación a la rabia transmitida por murciélagos hematófagos en el Perú se mantiene como un problema de salud pública de gran importancia por ser causante de muertes humanas especialmente en las comunidades nativas, además ocasiona pérdidas económicas por la muerte de ganado, el cual constituye fondo de ahorro y alimentación de la población del campo. Es el departamento de Amazonas desde 1975 quien registra el mayor número de casos de rabia humana transmitida por murciélagos, afectando principalmente la provincia de Condorcanqui.

Entre los meses de enero a julio del año 2011 se registró la muerte de 22 personas en la Provincia de Bagua, de los cuales 20 fueron niños menores de 15 años procedentes de las comunidades nativas de San Ramón, Yupicusa, Kaminentza, Wajuyat, Numpatke y Shushung del distrito de Imaza y Shushug en el distrito de Chiriaco. En el presente período no se tienen casos reportados.

De enero a junio del presente año se han reportado 08 casos, en la provincia de la Convención, departamento del Cusco. De los cuales 07 niños correspondieron a la comunidad de Camana, distrito de Echarate y 01 a la Localidad de Natividad, distrito de Pichari.

Es así que el Ministerio de Salud a través de la DIRESA Amazonas, viene implementando el Plan de vacunación masiva de Pre-Exposición con 03 dosis de Vacuna Cultivo Celular en comunidades de alto riesgo en las áreas endémicas del departamento de Amazonas. Logrando a junio del 2012 vacunar 15,186 personas en las Comunidades nativas de Imaza y Chiriaco en la Provincia de Bagua y los distritos de Río Santiago, Cenepa y Nieva en la provincia de Condorcanqui; debido al alto riesgo que significan los accidentes de mordeduras por murciélagos por las características de las viviendas, modos de vida y aspectos culturales de esta población.

Para el tema de Fasciolosis Humana, se recibió la donación de 800 tabletas de Triclabendazol por parte de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Bolivia, para el tratamiento de Fasciolosis Humana, las mismas que fueron

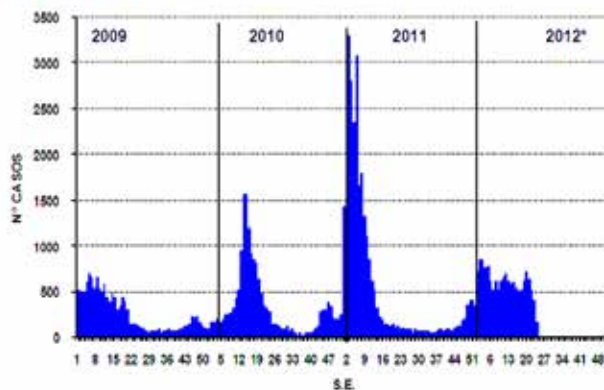


distribuidas durante la Reunión Técnica Macroregional de Equinococosis y Fasciolosis entre las Regiones de mayor riesgo de la siguiente manera: Puno (200), Junín (200), Arequipa (200), La Libertad (80), Ancash (60) y el Hospital Cayetano Heredia-Lima

En relación a Peste, se logró disminuir los casos de peste, habiéndose reportado en el presente período 06 casos sospechosos y 01 caso confirmado en la provincia de Ascope, distrito de Casagrande. En el año 2010 y primer semestre 2011 se reportaron 17 casos confirmados y 03 probables.

Con respecto al Dengue, se logró disminuir en un 41% los casos reportados de Dengue en el 1er semestre 2012 respecto al mismo periodo en el año 2011 (22,674 casos a 14,410 casos). De manera similar el número de defunciones se ha reducido en el 42% (de 26 a 15 defunciones) en el mismo periodo. Cabe señalar que en el presente año el Virus Dengue 2 variedad Asiático Americana, que genera cuadros de Dengue más severos y que puede ocasionar la muerte de la persona, se ha extendido a nuevas regiones como Cajamarca, Piura, Lambayeque, la Libertad, Amazonas, Ucayali y persiste en regiones como Loreto y Tumbes.

Curva de casos 2009 – 2012*



Casos de dengue en Perú a la SE 24, de los años 2008 – 2012

Tipo Dx	2,008	2,009	2,010	2,011	2,012
Confirmados	3,743	10,581	12,892	24,674	4,873
Probables	2,219	9	0	0	9,537
Notificados	5,962	10,590	12,892	24,674	14,410
Defunciones	1	0	6	26	15

Fuente: DGSP - MINSA

Se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 087-2011/MINSA la Guía Técnica “Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de dengue en el Perú”, la cual tiene por finalidad contribuir en la prevención y control del dengue en el Perú, en el marco de la atención integral a las personas afectadas y reducir la ocurrencia de formas graves y fallecimientos por esa causa.

Se implementó la aplicación de la directiva de notificación de dengue contribuyendo significativamente a la respuesta frente a la epidemia de dengue en el 2011, en particular en la Región Loreto, donde se ha contribuido con la detección más oportuna y manejo adecuado de los casos de dengue, especialmente, de dengue con señales de alamar y de las formas graves, considerando la introducción de un nuevo genotipo americano/asiático, el cual ha demostrado una mayor agresividad.

Se ha informado a 492,114 familias sobre la promoción de prácticas saludables contra el dengue, a través de dípticos, cartillas, spots de TV y radio, pasacalles, sesiones demostrativas, entre otros.



Asimismo, se elaboró y emitió alertas epidemiológicas sobre dengue y enfermedad de Carrión, lo cual ha contribuido a que las regiones con estos daños puedan preparar planes de respuestas para enfrentar el problema, y además se ha ido sensibilizado el sistema de salud.

Sobre el tema de Influenza, se fortaleció la vigilancia de la influenza, otros virus respiratorios (OVR) e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en la fase post-pandémica, considerando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la elaboración de la “Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de influenza e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en la fase post-pandémica en el Perú”. Asimismo, se publicó en revistas nacionales (02) e internacionales (08), artículos sobre la vigilancia de influenza estacional e influenza Pandémica, como contribución a la caracterización de la pandemia en el Perú.

Objetivo 05: Reducir y mitigar los daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos

Se promovió el fortalecimiento de la presencia del Ministerio de Salud en zonas de menor desarrollo y las zonas de frontera, en el marco del Plan de Fortalecimiento de la presencia del Estado y el Ministerio de Salud en Comunidades de menor Desarrollo Social y Zonas de Frontera, realizándose del periodo de abril a julio 2012, 25 campañas médicas aproximadamente, con 18,302 atenciones médicas las que beneficiaron a los pobladores de comunidades con nivel de exclusión muy altos, esto en el marco de la Política de Inclusión Social. Debiendo resaltar las actividades realizadas en el distrito de Imaza y el distrito de Andoas donde se realizaron 6558 atenciones médicas, 63 cirugías y 140 prótesis dentales, que beneficio a los pobladores de las comunidades nativas Awajun. Asimismo, las acciones que vienen desarrollándose en la localidad de Andoas, donde se beneficia a los pobladores de las comunidades Achuar y Quechuas.

Como consecuencia de la situación de conflicto y enfrentamiento existentes en la Región Militar del Valle de los Ríos Apurímac y Ene, y del Mantaro (VRAEM), personal policial y militar en ejercicio de sus funciones; así como, algunos ciudadanos han sido víctimas de atentados contra su integridad física, motivo por el cual el Ministerio de Salud en acción estratégica y mediante un convenio de cooperación con el Ministerio de Defensa, continúa manteniendo parte de un hospital de campaña en el Cuartel General, ubicado en el distrito de Pichari, Provincia de la Convención del Departamento del Cusco, realizándose desde el mes de agosto 2011 a julio de 2012, 942 atenciones médicas. Cabe señalar, que dicho convenio tiene eficacia anticipada contado a partir del 1 de abril de 2012, y se encuentra en OGAJ en trámite de aprobación (opinión legal), con las opiniones técnicas favorables y visados respectivos. Así mismo el Convenio N° 050-2010/MINSA, con adenda y acuerdo complementario tuvo una vigencia hasta el 31 de marzo de 2012. Asimismo, se continuó con el fortalecimiento de la presencia del estado en otras zonas de menor desarrollo social a través de los Hospitales de Campaña y otras acciones de intervención, mediante Campañas de Atención Médica Integral.

Mediante Decreto Supremo N° 021-2008-E/SG, se determinaron los distritos que forman parte del esquema de intervención estratégica integral denominado “una opción de paz y desarrollo en seguridad para el Valle de los Ríos Apurímac y Ene – Plan VRAE, los mismos que se encuentran comprendidos dentro de la zona declarada en Estado de Emergencia como es el caso de la provincia de Huanta del Departamento de Ayacucho. Es por ello, que el Ministerio de Salud en convenio de cooperación con el Gobierno Regional de Ayacucho, Municipalidad de Sivia y la Unidad Ejecutora Red de Salud Norte Ayacucho, mantiene parte



de un hospital de campaña, apoya con insumos médicos y médicos especialistas para que realicen prestaciones de salud a favor de la población del Centro de Salud Sivia ubicado en el distrito de Sivia, Provincia de Huanta del Departamento de Ayacucho. Cabe señalar, que dicho convenio tiene eficacia anticipada contado a partir del 26 de noviembre de 2011, y se encuentra en OGAJ en trámite de aprobación (opinión legal) con las opiniones técnicas favorables y visados respectivos. Así mismo el Convenio N° 030-2010/MINSA, tuvo una vigencia hasta el 24 noviembre de 2011.

Es importante destacar las actividades realizadas en las atenciones realizadas de los daños generados por el conflicto social en Cajamarca, lugar al que se envió médicos especialistas.

Se fortaleció las capacidades del personal de salud en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, a fin de intervenir y gestionar los riesgos frente a amenazas naturales y antrópicas, a través de la formación de “Brigadistas de Intervención Inicial”, “Brigadista Hospitalarios”, “Evaluadores de Daños y Análisis de Necesidades”, y “Formación de Instructores de Brigadas”.

Se realizaron 12 Visitas a los Hospitales e Institutos de Lima Metropolitana y de las Regiones para la supervisión del cumplimiento de la NTS N° 042-MINSA/DGSP- V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”, lo que ha permitido formular Plan de Mejoramiento de los Servicios de Emergencia.

Asimismo, se logró transferir presupuesto (S/. 6,924,520 Nuevos soles) a 14 hospitales priorizados ubicados en Lima Metropolitana, para la mejora estructural y no estructural, del mismo se mejoro la Seguridad Hospitalaria Funcional mediante la implementación de los Centros de Operaciones de Emergencias Hospitalarios y las Brigadas hospitalarias.

Se fortaleció las competencias a 75 profesionales de salud de las ciudades de Ica, Pisco, Chincha y Ucayali, en la intervención integral de salud mental en situaciones de emergencias y desastres. Asimismo, se ha realizado un taller virtual sobre “Vigilancia Post Desastres” para el Equipos de Alerta y Respuesta (EDAR), como parte de la preparación frente al periodo de lluvias intensas, en la cual participaron las DIRESAs Amazonas, La Libertad, San Martín, Ayacucho, Cusco, Huánuco, Loreto, así como las DISAs Lima Este, Lima Ciudad. Asimismo, se realizó una simulación de Tsunami en el Perú y se puso en operación toda la “Red Nacional de Epidemiología de las Costas del Perú”.

Se aprobó mediante R.M. N° 897-2011/MINSA el Documento Técnico “Plan de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud Frente a la Temporada de Frío 2011-2012”, con la finalidad de proteger la vida y la salud en las zonas en riesgo por la temporada de frío. Además, se elaboró la cartilla educativa: “Cartilla Educativa para el desarrollo de acciones de Promoción de la salud en la Gestión de Riesgos de Desastres”.

Se ejecutaron actividades de respuesta y control frente a emergencias producidas por inundaciones en Ucayali, Madre de Dios, Loreto, Chosica, Huaycoloro; así como, los generados por los incendios de Mesa Redonda, del almacén del Ministerio de Educación y del centro de rehabilitación Cristo es Amor y Sagrado Corazón de Jesús, brindando asistencias técnicas y apoyo logístico.

Se desplazó preventivamente módulos del hospital de campaña a localidad de San Mateo de Huanchor, ante la amenaza de deslizamiento del Cerro Pucruyacra.

Por haber sido afectada severamente la infraestructura del Hospital Regional de Ica, por el sismo pasado, el Ministerio de Salud en acto de cooperación con el Gobierno Regional de

Ica, mediante adenda 1 al Convenio N° 036-2011/MINSA, mantiene parte de un hospital de campaña en el complejo deportivo Santa María, ubicado en el distrito, provincia y departamento de Ica, con la finalidad que se realicen atenciones de salud. Asimismo, cabe señalar, que debido a la entrega del nuevo Hospital Regional de Ica, para fines de julio se tiene programado el retorno de los precitados bienes.

Se fortaleció la presencia del Ministerio de Salud en materia de Gestión de Riesgos de Desastres en los espacios de integración de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y en los espacios Binacionales con Ecuador y Chile.

Se promovió la conformación de la Red de Gestión de Riesgos de Desastres desde la perspectiva de salud en el ámbito de las Naciones Suramericanas, la misma que fue aprobada en la VI Reunión del Consejo de Salud Suramericano mediante Resolución 04/2012 “Red de Gestión de Riesgos y Mitigación de Desastres” llevado a cabo en la ciudad de Asunción, República de Paraguay el 20 de abril del presente año 2012, encargando al Ministerio de Salud del Perú en alternancia con el Ministerio de Salud de Chile la coordinación de la Red.

Se promovió la incorporación de la Gestión del Riesgo de Desastres en las Comisiones de Frontera con Ecuador y Chile.

A través del Decreto Supremo N° 017-2011/SA, de fecha 23 de noviembre de 2011, se creó el **Programa Nacional denominado “Sistema de Atención Móvil de Urgencia” – SAMU**, iniciando sus acciones como “Piloto” en el distrito de Comas, brindando una cobertura de atención por emergencia a 500,000 pobladores del distrito.

El SAMU permite la atención las 24 horas del día, para situaciones de emergencias y urgencias, a través de la Central Telefónica 106. Este sistema está dirigido principalmente a la población de menos recursos económicos; sin embargo, también permite el acceso de todas las personas que se encuentren en situaciones de urgencia y emergencia médica.

En relación al SAMU URBANO, desde su lanzamiento oficial el 26 de Noviembre de 2011, viene dando cobertura inicialmente al distrito de Comas, beneficiando a 500,000 personas. Desde el mes de Marzo del 2012 se amplió su cobertura a todos los distritos de Lima Metropolitana, y eventualmente la Región Callao, beneficiando a 8 millones de personas especialmente a la población más vulnerable. En estos distritos, las urgencias o emergencias, son atendidas con sólo una llamada gratuita a la Central Telefónica 106.

Atenciones de emergencias y urgencias	Inversión	Cobertura	Población Cubierta
9,000 atenciones	S/. 50,000,000	Lima Metropolitana	8,000,000 personas

Fuente: SAMU - MINSa

En relación al **SAMU RURAL**, desde el 18 de mayo de 2012 viene beneficiando a la población de las provincias alto andinas de Tarata y Candarave, cubriendo una extensión de más de 5 mil kilómetros cuadrados. En esta zona del país, los profesionales de la salud llegan hasta el lugar de la emergencia en motolonia o en caballos que son parte de la brigada equina. Si fuera necesario se realizará el traslado del paciente en ambulancia, contando con el soporte de los establecimientos de Salud de la zona. La comunicación de

la urgencia o emergencia es a través de los agentes de salud de la zona, que comunican la emergencia por sistema de radio.

Atenciones de emergencias y urgencias resueltas en el lugar	Inversión Prevista	Cobertura	Población Cubierta	Proyección a 12 meses
40 atenciones	S/. 2,000,000	150 comunidades	20,000 personas	300,000 personas

Fuente: SAMU - MINSA

En relación al SAMU FLUVIAL, se ha brindado cobertura a 16,000 habitantes del área de influencia de la localidad de Santa Clotilde, provincia de Maynas, región Loreto que incluye la zona de frontera desde Cabo Pantoja hasta Mazan, cubriendo una extensión de 500 km a lo largo del Río Napo. En esta zona de la selva los pacientes son trasladados en “ambulanchas” hasta el centro de salud más cercano. Las urgencias o emergencias en esta zona del país, son comunicadas a los agentes de salud quienes están debidamente capacitados para atender al paciente y llevarlo hacia el centro de salud más cercano. En caso se requiera comunicación con el centro de salud, se realiza vía red de telefonía y/o radio. Es así que, el **SAMU Fluvial** es una clara muestra del Estado Móvil que se acerca a los pueblos de la Amazonía, permitiendo con ello que los ciudadanos de esa zona del país puedan acceder a los servicios de salud, en igualdad a los ciudadanos que viven en las zonas urbanas de nuestro país.

Atenciones de emergencia y resueltas en el lugar	Inversión Prevista	Cobertura	Población Cubierta
3 atenciones	S/. 2,000,000	96 comunidades	16,000 personas

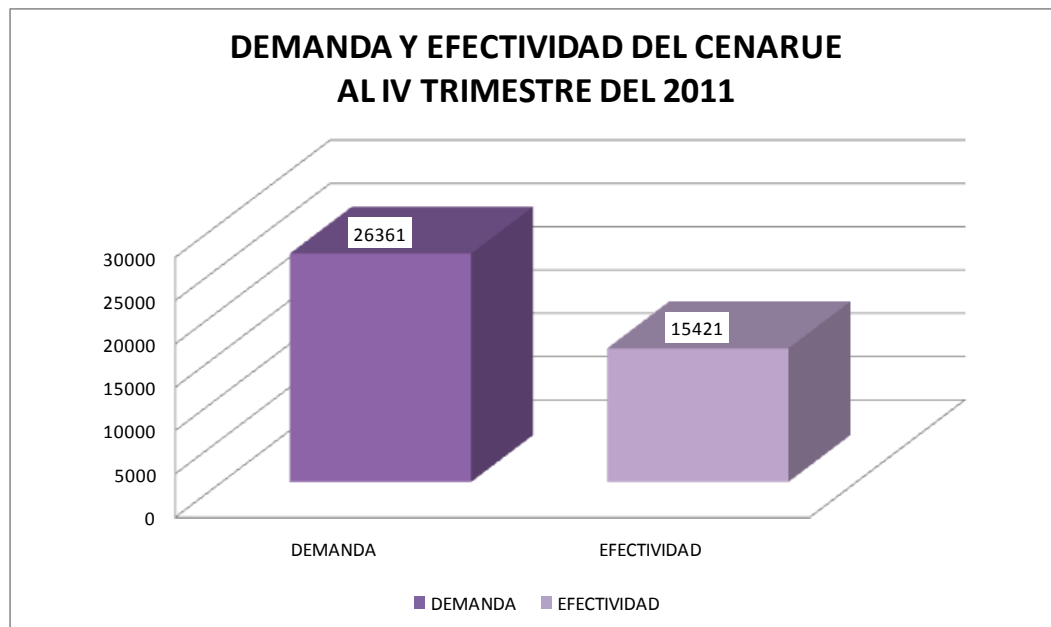
Fuente: SAMU - MINSA

Asimismo, el Programa SAMU ha participado en emergencias masivas y complejas, liderando la atención pre hospitalario; no solo en Lima sino a nivel nacional resaltando sus intervenciones en:

- ✓ Incendio de Proporciones en Mesa Redonda, Almacenes del Ministerio de Educación, escape de materiales peligrosos en Breña y Santa Anita atendiendo a más de 150 afectados.
- ✓ Accidentes de Tránsito con múltiples víctimas en Pasamayo y Pucusana atendiendo a 60 personas.
- ✓ Deslizamientos en Chosica durante Semana Santa, atendiendo a 200 personas.
- ✓ Rescate de Mineros en “Cabeza de Negro”- Ica. Se colaboró en la atención médica de los mineros y sus familiares. Participando en el traslado y la coordinación con los Hospitales de Ica.

Se ha firmado el convenio con el Cuerpo General de Bomberos Voluntario del Perú (CGBVP) el 29 de Marzo de 2012, cuyos beneficios inmediatos son: a) respuesta coordinada a Emergencias, b) unificación de las comunicaciones, y fundamentalmente, c) la ampliación de la oferta de atenciones pre hospitalaria de emergencia con ambulancias del CGBVP.

En cuanto a la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias – CENARUE, ha presentado una demanda de 26,361 solicitudes de referencias recibidas, con una efectividad de 15,421 referencias, que corresponde a un 58 % de efectividad.

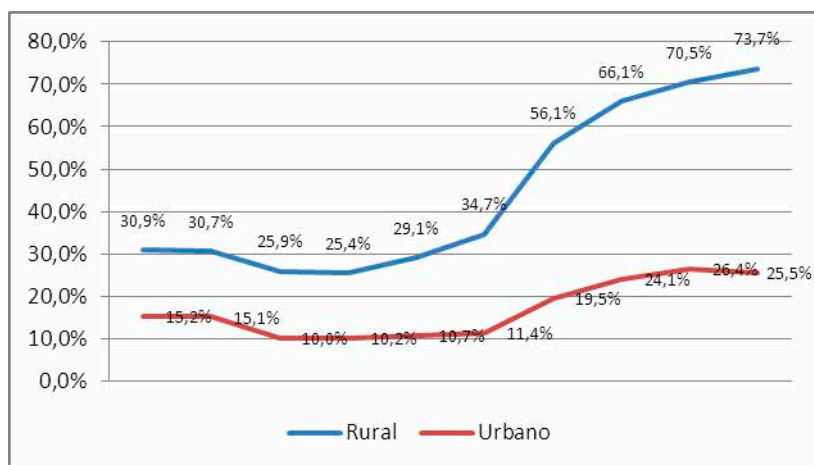


Fuente: CENARUE - MINSA

Objetivo 06: Fortalecer el ejercicio de la rectoría y optimización de los servicios de salud.

En lo que respecta a Aseguramiento al Seguro Integral de Salud (SIS), a la fecha se cuenta con doce (12) millones de asegurados a nivel nacional, de los cuales se ha logrado cubrir al 73.7%, de la población pobre y extremadamente pobre que vive en las zonas rurales del país.

Aseguramiento al SIS, según ámbito



Fuente: INEI. ENAHO 2002 - 2011

En relación al tema de Presupuesto, se implementó 04 nuevos programas estratégicos al Presupuesto por Resultados: Transmisibles Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH-SIDA, Transmisibles Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles (Salud Bucal, Hipertensión y Diabetes, Salud Ocular, Metales Pesados, Salud Mental) garantizándose la identificación de recursos financieros destinados a estas prioridades sanitarias.

Se actualizó mediante Resolución Ministerial N° 178-2011/MINSA el Documento Técnico “Definiciones Operacionales y criterios de programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Transmisibles, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH-SIDA y Prevención y control del Cáncer”.

En el marco de la Ley General de Presupuesto para el año 2011 se ha transferido S/. 245'221,325.00, destinados al financiamiento de la provisión de servicios de los establecimientos de salud para las intervenciones sanitarias nacionales dentro del marco de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal. Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis y Enfermedades No Transmisibles, a las Unidades Ejecutoras de Salud a nivel regional, trabajo en conjunto con la Dirección General de Salud de las Personas (D.S. N° 016-2011-EF).

Se cumplió con el proceso de Programación y Formulación del Presupuesto 2012, distribuido en las siguientes categorías:

Grupo Genérico	PIA	Estructura
21 Personal	264,049,621	15
22 Pensiones	38,236,492	2
23 Bienes y Servicios	747,585,240	43
24 Donaciones	20,000,000	1
25 Otros Gastos	10,633,481	1
26 Adquisición de Activos No Financieros	647,127,180	37
TOTAL	1,727,632,014	100

Fuente: OGA - MINSA

Asimismo, se cumplió con el proceso de Programación y Formulación del Presupuesto 2012, en los tiempos establecidos por la normatividad vigente, alcanzándose una ejecución presupuestal de S/. 772,421,451 que constituye el 78% del PIM.

Se logró la ejecución del Decreto de Urgencia 058-2011, para el mantenimiento de Infraestructura y Equipos de los puestos, centros de salud y hospitales II-1 a nivel nacional. En relación a este Decreto de Urgencia se ejecutó un 98.92 % de S/.197,742,500, habiéndose aperturado 4,509 cuentas de ahorros, para los responsables de 7,559 establecimientos de salud a nivel nacional; de los cuales a la fecha han efectuado la rendición de gasto 3615 cuentas, significando un avance de 48.22 %.

En el marco de D.A. N° 192-MINSA.OGPP V.01, “Directiva Administrativa para el Planeamiento Operativo, Presupuestal y de Inversiones del año 2013 del Ministerio de Salud”, aprobada por R.M. N° 405-2012/MINSA, se cumplió con la formulación y presentación del Plan Operativo Institucional del Año Fiscal 2013 y la Demanda Global de la Unidad Ejecutora 001 Administración Central.



Se priorizó la atención de los gastos vinculados con los programas estratégicos, a fin de coadyuvar en el cumplimiento de las metas:

- “Come rico, come sano, come peruano”
- “Vuelve a sonreír”
- SAMU
- Playas Saludables
- Prepárate ante el frío
- Juntos venceremos al dengue
- Día del Niño Peruano
- Temporada de lluvias 2012
- Ambientes saludables libres de tabaco
- Dona órganos, dona vida
- Promoción de la salud

En cuanto a las inversiones en salud, de acuerdo a lo dispuesto en la Directiva N° 005-2010-EF/76.01 modificada por R.D. N° 022-2011-EF/50.01 y en el instructivo N° 001-2012-OGPP-OP/MINSA, se priorizó las acciones de programación, control y ejecución de 61 Proyectos de Inversión Pública en Salud, otorgando una Certificación Presupuestal hasta por la suma de S/. 188,980,722.74 que representa el 64% del Total del Presupuesto asignado a la Unidad Ejecutora 001 Administración Central, garantizando la realización de los procesos de selección para la ejecución de obras, equipamiento y supervisión.

Se logró la culminación de 03 Hospitales (Regional de Ica, Santa María Del Socorro y San Juan de Dios de Pisco) y 2 Institutos emblemáticos (El Niño y Nacional de Rehabilitación – I Etapa) que benefician directamente a 11,838,653 habitantes de las ciudades de Lima, Ica, Pisco y Callao. En la región Ica se ha culminado la ejecución de 3 hospitales por el monto de S/. 283,689,021 que han permitido beneficiar a una población de 536,340 habitantes y en Lima 02 Institutos por el monto de S/. 339,994,736 beneficiando a 11,302,313 habitantes. Se encuentra en ejecución la 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 que beneficia a una población de 6,954,583 habitantes por la suma de S/. 17,976,711.

En el presente periodo, se ha logrado dar inicio a la ejecución 02 hospitales en Lima (Nuevo Hospital Emergencias - Villa El Salvador y el Nuevo Hospital de Lima Este - Vitarte) por el monto de S/. 359,035,020 que beneficiará a 1,168,869 habitantes y 01 Instituto (Instituto Nacional de Rehabilitación – II Etapa) por la suma de S/. 64, 134,963; cuya culminación y puesta en funcionamiento están programadas para fines del 2014.

Asimismo, se ha brindado asistencia técnica a las regiones a través de las DIRESAs, en temas de gestión de Proyectos de Inversión Pública; principalmente, en asuntos técnicos relacionados a Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento, que involucran la instalaciones de equipamiento electromecánicos en 26 hospitales a nivel nacional por un monto de S/. 2,598,529.84; del mismo modo, en actividades orientadas a mejorar el índice de vulnerabilidad de 14 Hospitales frente a desastres.

Se logró alinear y armonizar la cooperación internacional con los lineamientos de política del Sector Salud, a través del “II Ciclo de Reuniones Técnicas con las Fuentes Cooperantes realizada en el mes de marzo; en esta reunión 16 organismos de cooperación presentaron los avances y resultados del año 2010 de los proyectos y programas ejecutados y socializados sus agendas para el año 2011.



Se participó en la XXXII REMSAA, cuyos acuerdos fueron generar proyectos conjuntos con los países miembros del Organismo Andino.

Con respecto al fortalecimiento de las capacidades del Recurso Humano, se logró una beca grupal de la Embajada belga para la participación de 25 personas (representantes de las Direcciones Regionales de Salud, de la Oficina General de Cooperación Internacional, de la Dirección General de Salud de las Personas y del Seguro Integral de Salud) al curso “Gestión de Seguros y Aseguramiento Universal en Salud” que se llevó a cabo en la Universidad Peruana Cayetano Heredia en los meses de noviembre y diciembre 2011.

Se financió con fondos de Recursos Ordinarios de Tesoro Público, la Cooperación Belga, y Organización Panamericana de Salud, el Diplomado de Gestión de Políticas de Recursos Humanos (CIRHUS II) para 27 profesionales representantes de Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, la Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos, la Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento, Dirección de Salud Lima Ciudad y de las DIRESAs de Huancavelica, Loreto, Junín, Apurímac y Lambayeque. Asimismo, se implementó el Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud (PREG) y el Diplomado de Gestión de la Información de las Intervenciones Sanitarias (DEGIS), dirigidos a capacitar a profesionales de salud de las regiones de Amazonas, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali.

Se capacitó a 40 profesionales mediante un Curso Nacional de Investigación y Control de Brotes con la participación de epidemiólogos de las diferentes regiones del país y epidemiólogos de la Dirección General de Epidemiología.

Asimismo, cabe señalar que el Ministerio de Salud condujo el Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos de la Unión Suramericana de Naciones – UNASUR SALUD (GT RHUS UNASUR SALUD), a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en su rol de Coordinador Titular del Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud de UNASUR Salud. Se organizó la III Reunión del GT RHUS UNASUR Salud, en la ciudad de Lima, Perú los días 29 y 30 de marzo del 2012, donde participaron 45 profesionales: Representantes de las Direcciones Generales del Ministerio de Salud y del Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú; Representantes de los 12 países del UNASUR, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela; Representantes de las Redes estructurantes de UNASUR y representantes de OPS, ORAS-CONHU y del Ministerio de Salud del Brasil. Los productos que se lograron han sido: Plan Operativo 2012, del Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud, revisado y consensuado; la Evaluación y Desafíos de la Agenda Convergente, para el año 2012 y la Transferencia de la Coordinación Titular del GT de RHUS de Perú a Brasil, cumplida.

Se estableció 38 prioridades para la formación de especialistas y sub-especialistas en Medicina Humana, que responden a la oferta y demanda de atención especializada, mediante Resolución Ministerial N° 286-2012-SA; incorporándose entre otras, Medicina Oncológica, Medicina del Deporte, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente, Medicina Intensiva Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Hematológica.

Se logró la creación de Nuevas Sedes de Formación de Médicos Especialistas en el Sistema Nacional de Residentado Médico en los Gobiernos Regionales. En el año 2012 se han incorporado las Sedes Docentes de los Gobiernos Regionales de Tacna (Hospital Hipólito Unanue) y Cajamarca (Hospital Regional de Cajamarca) a los 14 Gobiernos Regionales que tienen sedes de formación.

SEDES DE FORMACION DE LOS GOBIERNOS REGIONALES		
	ANCASH	CALLAO
	APURIMAC	LIMA METROPOLITANA
CAJAMARCA	AREQUIPA	LA LIBERTAD
TACNA	AYACUCHO	LAMBAYEQUE
	CUSCO	LORETO
INCORPORACION AL SINAREME AÑO 2012	ICA	PIURA
	JUNIN	PUNO

Fuente: DGGDRH - MINSA

Se logró el incremento de 270 plazas al Sistema Nacional de Residentado Médico financiadas por el Ministerio de Salud, hito histórico en la formación de especialistas en Medicina Humana. Después de 36 años de creación del Sistema Nacional de Residentado Médico – SINAREME, el Ministerio de Salud ha incorporando 270 nuevas plazas en la modalidad libre en el Proceso de Admisión al Residentado Médico 2012, adicionales a las 943 plazas que financia actualmente; el 53% de las nuevas plazas han sido asignadas a los Gobiernos Regionales (Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Callao, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Puno y Tacna). El incremento de 270 plazas corresponde a una inversión de S/. 6,652,095.84 Nuevos Soles en el presente año.

Distribución de Incremento de 270 Plazas Modalidad Libre Proceso de Admisión al Residentado Médico 2012 – Financiamiento Ministerio de Salud

REGION SEDE DE FORMACION	ANCASH	APURIMAC	AREQUIPA	CAJAMARCA	CALLAO	CUSCO	ICA	JUNIN	LA LIBERTAD	LAMBAYEQUE	LIMA	LORETO	PUNO	TACNA	TOTAL
TOTAL	8	3	39	6	5	6	2	8	41	8	127	9	6	2	270

Fuente: DGGDRH - MINSA

En relación al fortalecimiento de Recursos Humanos, se logró el 93% de Cobertura de Plazas Remuneradas SERUMS que ha beneficiado prioritariamente a las poblaciones de extrema pobreza, muy pobre y pobre a nivel nacional. En el proceso 2012-I, se evidencia un incremento en la cobertura de plazas remuneradas, principalmente en las Regiones Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Loreto, San Martín, Ucayali, que en años anteriores presentaron problemas en la adjudicación de plazas.



COBERTURA DE PLAZAS REMUNERADAS SERUMS PROCESO 2011-I Y 2012-I

PROFESION	2011-I			2012-I		
	Oferta	Adjudicado	Cobertura %	Oferta	Adjudicado	Cobertura %
MEDICINA	1903	1865	98%	1912	1912	100%
ENFERMERIA	1752	1627	93%	1769	1748	99%
OBSTETRICIA	992	703	71%	997	723	73%
ODONTOLOGIA	470	464	99%	438	438	100%
PSICOLOGIA	270	225	83%	267	266	100%
NUTRICION	139	94	68%	169	128	76%
QUIMICO FARMACEUTICO	128	91	71%	143	121	85%
BIOLOGIA	121	88	73%	121	94	78%
TRABAJO SOCIAL	49	45	92%	54	50	93%
INGENIERIA SANITARIA	1	0	0%			
MEDICINA VETERINARIA	16	15	94%	17	17	100%
TECNOLOGO MEDICO	101	87	86%	129	114	88%
Total general	5942	5304	89%	6016	5611	93%

Fuente: DGGDRH - MINSa

Asimismo, se diseñó una nueva y ágil página web denominada COMUNICATE SERUMS, orientada a acompañar a los profesionales que realizan el servicio durante un año, la misma que cuenta con una lógica de línea de tiempo dividido en tres momentos cronológicamente sucesivos: ANTES-DURANTE-DESPUES y estará permanentemente actualizándose de acuerdo a las necesidades del programa.

Se logró el incremento de la cobertura de Atención Especializada en las regiones mediante la dotación de 88 Médicos Especialistas en las regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, San Martín, siendo 19 especialidades que tuvieron una distribución a Junio 2012, según detalle:

MEDICOS ESPECIALISTAS CONTRATADOS MODALIDAD CAS POR REGIÓN

REGION	ANATOMIA PATOLOGICA	ANESTESIOLOGIA	CARDIOLOGIA	CIRUGIA GENERAL	ENDOCRINOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	GERIATRIA	GINECO-OBSTETRICIA	MEDIC ENF. Y TROPIC	MEDICINA FAMILIAR	MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA INTERNA	NEUROLOGIA	OFTALMOLOGIA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	PATOLOGIA CLINICA	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	UROLOGO	TOTAL GENERAL
AMAZONAS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4
APURIMAC	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	0	1	0	1	0	0	2	2	0	16
AYACUCHO	0	1	1	2	1	0	0	1	0	2	0	3	1	0	1	0	0	0	1	14
HUANCAVELICA	1	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	10
JUNIN	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
LA LIBERTAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
LAMBAYEQUE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	5	0	0	0	0	0	1	0	11
LORETO	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
MADRE DE DIOS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MOQUEGUA	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6
PASCO	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
PIURA	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
SAN MARTIN	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
TOTAL GENERAL	2	11	1	11	1	3	1	10	1	12	4	14	1	1	5	1	4	4	1	88

Datos actualizados a Junio 2012

Elaborado: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud - MINSA

Se viene implementando el Programa de Incorporación de Profesionales de la Salud Titulados en Universidades del Extranjero (IMAN) al Sistema de Salud del Perú en el marco Lineamientos de Política del Sector, para facilitar el retorno al país a los profesionales de la salud que deseen integrarse y continuar su actividad profesional en instituciones públicas del país. En su primera etapa el Programa incorporara a 300 peruanos formados en la Escuela Latinoamericana de Medicina –ELAM. Republica de Cuba.

Al mes de diciembre de 2011, las Unidades Ejecutoras de Salud del Ministerio de Salud, Organismos Públicos y de los Gobiernos Regionales, en el marco de las Leyes N° 28498 y 28560, lograron incorporar a la Carrera Administrativa unos 3 272 servidores públicos, que comprendían a 1 205 Otros Profesionales de la Salud (enfermeras, obstetricas, tecnólogos médicos, cirujanos dentistas, psicólogos y otros) y 2 067 entre personal auxiliar y técnico asistenciales.

Al mes de julio de 2012, las Unidades Ejecutoras de Salud del Ministerio de Salud, Organismos Públicos y de los Gobiernos Regionales, en el marco de las Leyes N° 28498 y 28560, vienen incorporando a la Carrera Administrativa unos 3 118 servidores públicos, de los cuales 1 098 son Otros Profesionales de la Salud (enfermeras, obstetricas, tecnólogos médicos, cirujanos dentistas, psicólogos y otros) y 2 020 corresponde al personal auxiliar y técnico asistenciales.

Asimismo, se viene llevando a cabo el proceso de nombramiento de los profesionales médicos, a nivel nacional, (Pliego MINSA, sus Organismos Públicos y U. E. de salud de los Gobiernos Regionales), en el marco de la Ley N° 29682; encontrándose en condición de aptos unos 3 504 médicos, de los cuales son: 1 464 del Pliego MINSA, 93 de OP y 1 947 de los G. Reg.

Se viene implementando la meritocracia en el Ministerio de Salud, a través de la selección por concurso de Directores de Institutos y Hospitales del Sector Salud, durante el I



Semestre 2012 se llevó a cabo el concurso para 14 cargos de Directores Generales y/o Ejecutivos, de los cuales dos (2) correspondían a Institutos y doce (12) a Hospitales. Dicho proceso ha permitido contar con profesionales formados en Administración de Salud o Gerencia de Servicios de Salud y con experiencia en cargos directivos, a fin que se realice una gestión técnica, eficiente y participativa.

Se aprobó el Plan de Desarrollo de Personas Quinquenal (2012-2016) y el Plan de Desarrollo de Personas 2012, en el cual se ha incorporado líneas de acción educativa, de acuerdo al diagnóstico de necesidades formuladas por cada unidad orgánica; a fin de garantizar el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos de salud.

Se ha organizado y desarrollado campañas de estilos de vida saludables, programas de prevención de salud y actividades de Salud Ocupacional, a fin de mejorar la imagen personal e institucional; mediante talleres, entre otros, de meditación, relajación, gimnasia laboral, cine fórum y recreativa (dancing) para trabajadores y adultos mayores del Sector Salud.

Está en proceso de conformación del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, en concordancia de lo establecido en la Ley N° 29783 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR.

En cuanto al Sistema de Información, se logró implementar el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, en alianza estratégica con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), a nivel nacional. Dicho sistema cuenta con condiciones de seguridad y validación de los datos de la madre en tiempo real vía conexión a RENIEC, para identificar plenamente a la madre. Este software, además cuenta con conexión a base de datos del Colegio Médico del Perú para validar la información de los profesionales de salud, y es capaz de emitir en tiempo real, información de los nacimientos que ocurren en los establecimientos de salud que ya cuentan con el mencionado sistema. A la fecha el sistema ha sido implementado en 28 establecimientos de salud (públicos y privados) de diversas regiones del Perú y se cuenta con más de 20,000 registros en tiempo real realizados con el nuevo aplicativo. Aplicativo oficializado con RM N° 148-2012/MINSA y ámbito a nivel de todo el sector salud.

Se ha implementado una herramienta Business Intelligence PENTAHO (Tablero de Control de Mandos Web), la misma que está siendo promovida por la **Presidencia del Consejo de Ministros** a través de la **Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática (ONGEI)**. A través de la herramienta y de acuerdo a los indicadores trabajados para la toma de decisiones, la Alta Dirección del Ministerio de Salud, cuenta con información que ha sido puesta a disposición por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Dirección General de Epidemiología, Software HIS y Sistema para el Registro del Certificado de Nacido Vivo.

Se ha promovido el uso de la tecnología para promover estilos de vida saludables, a través del envío de mensajes de texto (SMS). Se implementó la campaña **Muévete Perú Móvil** a través del envío de más de 63,000 SMS relacionados al cuidado de la salud y actividad física enviados a teléfonos móviles de universitarios previamente inscritos a través de la página web del MINSA. Actualmente se ha desarrollado el programa **Cuida tu Salud Móvil** con información a través de SMS para la prevención del cáncer.

Se implementó GeoMINSA, un sistema de georeferenciación de los establecimientos de salud a nivel nacional de acceso abierto. Se visualiza la ubicación específica de los establecimientos de salud, (Departamento, Distrito, dirección física, categoría de los EESS, tipo de EESS pública o privada) de manera dinámica, y puede ser visualizado desde



cualquier explorador Web y terminal (Fijo y Móvil).

A partir del enero del 2012 se implementó en el 100% de las regiones de salud del país la nueva versión del Aplicativo Informático HIS Versión 3.05. La nueva versión recoge las necesidades de información para el Aseguramiento Universal en Salud, Presupuesto por Resultados; además incorpora la identificación estándar de datos en salud. Al momento se ha desarrollado una nueva versión de HIS Web que facilitará la identificación y seguimiento de usuarios para los programas orientados a las diferentes etapas de vida, igualmente el intercambio de información entre las instituciones del sector salud.

Se ha favorecido la ampliación de la difusión y análisis de los datos requeridos por el usuario interno y externo mediante la creación de estructura de información (Cubos) estadística de salud y demográfica nacional para consulta de información MINSA. La primera fase comprende la operativización de la base de datos del sistema de información HIS.

Se han elaborado publicaciones como Compendio Estadístico de Egresos Hospitalarios, Perú 2009-2010, Compendio Estadístico de Hechos Vitales, Perú 2009-2010, Boletines estadísticos de Violencia y Diabetes Mellitus, Boletines interactivos de distribución manual y electrónica, Boletines semanales del SAMU.

Se realizó el lanzamiento de nuevo diseño y contenidos del portal de estadística, BVS-MINSA. Se puso a disposición de los profesionales Serumistas un portal de recursos de información digital, conteniendo directivas, guías, manuales, normas; así como, textos digitales sobre Salud Pública, Estrategias Nacionales, entre otros.

Se implementó el Tablero para la Gestión con información actualizada y permanente, epidemiológica, estadística, demográfica, presupuestal, defensa, gestión de medicamentos, infraestructura, conflictividad social, construcción de hospitales, etc., a través de la Web del MINSA.

Empleando criterios de interoperabilidad, los establecimientos de salud y órganos desconcentrados cuentan ya con el servicio gratuito de identificación de personas a través de web service, cotejo masivo de datos e identificación biométrica, en virtud al convenio Interinstitucional **MINSA - RENIEC**.

Se viene trabajando la implementación de herramientas tecnológicas para la mejora de la atención en salud al ciudadano, como el Sistema de Egresos y Emergencias (SEEM), que hacen posible la identificación del paciente a través de su DNI. Asimismo permite conocer en tiempo real la información de los mencionados sistemas en los establecimientos de salud que lo utilicen.

Se rediseñó el portal institucional del Ministerio de Salud, en coordinación con la Oficina General de Comunicaciones, proporcionando una interface mucho más amigable y sencilla para proporcionar información de salud. Se ha implementado las páginas de 32 campañas.

Se desarrolló e implementó el Sistema de Vacunación de las Américas (SVA) incluyendo un Vacunómetro virtual que muestra el avance de la vacunación en las regiones en tiempo real vía Web.

Se inició el proceso de la implementación de la "Inclusión de la variable etnia" en el sistema de información epidemiológico en el Perú, en cumplimiento con los compromisos del país adquiridos en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (Resolución



REMSAA/XXVIII/438/2007- Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina - Organismo Andino de Salud) la Dirección General de Epidemiología.

Se implementó la interconexión física entre la Sede Central con las sedes de DIGESA, DIGEMID y DGE, permitiendo el uso de los aplicativos institucionales con estas sedes.

Se emitieron las Directivas Administrativas que establecen las Especificaciones para la Estandarización del Registro en la Historia Clínica Electrónica. (RM N° 576-2011/MINSA); Criterios Técnicos para la incorporación de Tecnologías de Información y Comunicaciones en Salud (RM 537-2011/MINSA) que incorpora el criterio de interoperabilidad de datos entre MINSA y otras instituciones; y se oficializó el Documento Técnico “Establecimiento del Marco Conceptual para el Fortalecimiento en Sistemas de Información y Tecnologías de Información y de Comunicación en el Ministerio de Salud”(RM N° 297-2012- MINSA).

En el marco del objetivo gubernamental para lograr la inclusión social, se desarrolló conjuntamente con el **RENIEC** el Sistema de Información CRED, “Sistema de Información para el registro del control y crecimiento del Niño Sano”. Su implementación se llevó a cabo en la campaña realizada **entre MINSA y programa social JUNTOS** en la población de Ayabaca – Piura. El sistema de información permite registrar información de salud del niño coberturado por el programa social JUNTOS, lo que permite disponer de dicha información a otros sectores como educación o demás programas sociales.

INFOSALUD brindó 159,512 atenciones, 18,288 correspondientes a Consejería en Salud Mental, 75,738, a Consejería en Salud Médica, 46,180 a Orientación Institucional, 17,149 referente al Seguro Integral de Salud, 266 Interposiciones de Buenos Oficios, y 1,891 corresponden a reclamos.

Se ejecutaron campañas comunicacionales de salud, tales como: “Semana de la Prevención del Embarazo Adolescente”, “Día Mundial de la Actividad Física”, “Niñas y niños Felices con Salud y sin Violencia”, “Agua Segura en Asentamientos Humanos”, “Semana de la Lactancia Materna”, “Prevención de Accidentes de Mordedura y la Campaña de Vacunación Antirrábica Canina – Van Can”, “Verano Saludable 2012”, “Prevención y Control del Dengue”, “Come rico, Come sano, Come Peruano”, “Contra el Frijole”, “Respira Vida, Juntos contra la Tuberculosis”, “Día Mundial para la Prevención y Control del VIH/SIDA”, “Labio Leporino en el Hospital San Bartolomé”, “La Medicina Bamba Mata”, entre otros.

Se priorizó la atención de requerimiento del Servicio de Publicidad para:

- ✓ Spots radiales y televisión de las Campañas: “Prevención de Ira-Neumonía”, “Vacunación-inmunización”, “Prevención y control del dengue”, programa y microprogramas médicos.
- ✓ Difusión mediante prensa escrita para las Campañas de “Donación de órganos”, “Prevención y control del dengue”, “Prevención de la Rabia”, “Donación de Sangre”, “Perú libre del humo de tabaco”, “Prevención de la Tuberculosis”, “Sistema de atención móvil de urgencias – SAMU”.

Asimismo, se ha realizado campañas para la inscripción de donantes voluntarios mediante las actas de consentimiento para la donación de órganos y tejidos, en los Centros Comerciales, Universidades Públicas y Privadas, Hospitales, Institutos de Salud, entre otros. Por otro lado, se realizaron charlas informativas y de sensibilización sobre el “Proceso de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos” dirigidos al personal de salud. Asimismo, se llevaron a cabo Campañas de Sensibilización para la Donación Voluntaria de Sangre, habiéndose captado 1071 Unidades de Sangre con el tamizaje correspondiente.



Se ha garantizado la disponibilidad del Concentrado del Factor VIII para los pacientes portadores de Hemofilia, y se ha logrado la mejora de la Capacidad Resolutiva de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional con la correspondiente Asistencia Técnica.

Se formuló y aprobó el reglamento de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), que es la instancia de concertación y coordinación en materia de salud de los tres niveles de gobierno, responsable de articular las políticas, planes y programas de alcance nacional entre el Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, en el marco del desarrollo de la gestión descentralizada en salud.

Se realizó visitas a los Gobiernos Regionales y Locales para brindar asistencia técnica en materia de descentralización a los equipos técnicos de la Gerencia Regional, la Dirección Regional de Salud y las Municipalidades en las Regiones de Tumbes, Cajamarca, La Libertad, Huancavelica, Pasco, Ica, San Martín, Cusco, Apurímac, Ayacucho, Lambayeque, Ucayali y Junín.

En el año 2011, se otorgó el Registro Sanitario a 8,554 productos pertenecientes a los rubros farmacéuticos, material, instrumental y equipos de uso médico quirúrgico, entre otros. Asimismo, se reguló el funcionamiento de 253 establecimientos privados entre laboratorios farmacéuticos y droguerías a nivel nacional.

En cuanto a los Servicios de Salud, se aprobó el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, que serán financiadas por el Seguro Integral de Salud y el Fondo Intangible de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 325-2012-MINSA. Asimismo, se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA la Norma Técnica de Salud N°021-MINSA/DGSP-V.03: “Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, con la finalidad de contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. Del mismo modo, se elaboró la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, actualmente en proceso de aprobación. Asimismo, se ha elaborado la “Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia”, que actualmente está en fase de Pre-publicación.

También se ha logrado el intercambio prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud- SIS y el Seguro Social de Salud – ESSALUD en el marco de la Ley N° 29344, Marco de Aseguramiento Universal en Salud mediante la aprobación del Decreto Supremo N° 005-2012-SA. Queda en proceso el convenio de intercambio de servicios con Fuerzas Armadas y Policiales. Este intercambio y compra de servicios entre el SIS y ESSALUD, permitirá que este año más de dos (2) millones de asegurados que cuentan con SIS y donde no exista oferta de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud o las Regiones, puedan ser atendidos en Establecimientos de la Seguridad Social, sobre todo en las atenciones de alta complejidad que ofrece EsSalud. Esta medida permitirá que los asegurados del SIS tengan la oportunidad de acceder a servicios de salud independientemente de donde estén asegurados. Actualmente 21 pacientes afiliados al régimen y componente subsidiado (pacientes pobres y extremadamente pobres) han tenido acceso a atenciones de alta complejidad en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud, y buscando beneficiar a la población más vulnerable está por suscribirse el Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre el Gobierno Regional de Huancavelica, la Red asistencial de Huancavelica de EsSalud y el Seguro Integral de Salud – SIS. Para el 2016 se espera que todos los afiliados al SIS y ESSALUD (más de 21 millones de asegurados) cuenten con estos beneficios.

En relación al número de establecimientos de salud en funcionamiento registrados en la Base de Datos del RENAES, se cuenta con un total de 11,594 establecimientos de salud de los cuales 9,942 tienen asignada una categoría (86%).

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN FUNCIONAMIENTO POR DEPARTAMENTO, NIVELES DE ATENCIÓN Y CATEGORÍA(A DICIEMBRE 2011)

DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR DEPARTAMENTOS Y NIVEL DE ATENCIÓN CON CATEGORÍA Y EN FUNCIONAMIENTO												
DEPARTAMENTO / PROVINCIA CON REGIMEN ESPECIAL	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORIZADOS										SIN CATEGORÍA	TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E		
AMAZONAS	343	43	61	3	7	1					8	466
ANCASH	271	90	52	15	11	4		1			28	472
APURIMAC	237	56	27	30	5	2					19	376
AREQUIPA	62	128	52	15	6			2	1		269	535
AYACUCHO	284	51	48	2	9	1					4	399
CAJAMARCA	621	86	101	24	12	2					27	873
CALLAO	66	72	59	11	3	2	1	3	1		192	410
CUSCO	164	79	19	44	4			2			69	381
HUANCAVELICA	281	57	48	11	2	1					23	423
HUANUCO	115	103	51	10	2	2					1	284
ICA	41	75	48	9	11	1					36	221
JUNIN	286	145	45	14	11	2		1		2	99	605
LA LIBERTAD	68	167	63	30	30	3		2	2		48	413
LAMBAYEQUE	81	71	41	12	7	2		1			97	312
LIMA	145	123	54	3	2	6	0	0	0		22	355
LIMA METROPOLITANA	846	574	343	45	57	24	12	16	9		430	2356
LORETO	273	43	45	20	6	2		2			4	395
MADRE DE DIOS	86	12	2	10	2	1					30	143
MOQUEGUA	23	11	23	3	1	1					2	64
PASCO	191	44	11	10	4						15	275
PIURA	212	106	60	30	5	2					87	502
PUNO	219	126	58	47	12	2		2			58	524
SAN MARTIN	277	29	50	8	3	1					5	373
TACNA	40	27	20	4	2	2					46	141
TUMBES	19	15	10	4	4						12	64
UCAYALI	162	24	19	3		3					21	232
Total General	5413	2357	1410	417	218	67	13	32	13	2	1652	11594
TOTAL POR NIVEL DE ATENCIÓN	9597				298			47				

REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO - RENAES CONSULTADO A DICIEMBRE 2011

Se fortaleció la atención médica especializada en las regiones con la ejecución de 05 Jornadas Médicas en el marco del Fortalecimiento de la Atención Especializada en los Gobiernos Regionales con la participación de médicos especialistas de los Hospitales e Institutos de Lima:

- Ica – Hospital San Juan de Dios de Pisco (Octubre 2011)
- UCI del Hospital Regional Loreto y Hospital “César Garayar García” de Iquitos (Diciembre 2011)
- Ica - Hospital San Juan de Dios de Pisco (Febrero 2012)
- Ancash – Chimbote (Marzo 2012)
- Cusco – Hospital de Quillabamba y Centro de Salud Kiteni (Mayo 2012)

Se trabajó en el reordenamiento de los servicios de salud, mediante la identificación de Establecimientos Estratégicos en el marco de las Redes de Servicios de Salud. A través de 28 Talleres en los 25 Gobiernos Regionales y 03 DISAS de Lima Metropolitana, se han evaluado 7,794 establecimientos de salud existentes, identificándose 745 establecimientos



de salud estratégicos que representan el 9.6% del total, los cuales deben ser fortalecidos, según se presenta a continuación:

AUTORIDAD SANITARIA REGIONAL / DIRECCIÓN DE SALUD	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	
	Registrados BENAES	IDENTIFICADOS COMO ESTRATÉGICOS (*) en Talleres
AMAZONAS	453	27
ANCASH	410	25
APURIMAC	363	26
AREQUIPA	254	25
AYACUCHO	422	38
CAJAMARCA	819	52
CALLAO	60	11
CUSCO	314	42
HUANUCO	267	36
HUANCAVELICA	400	25
ICA	253	17
JUNIN	448	44
LA LIBERTAD	251	51
LAMBAYEQUE	179	18
LIMA Region	326	30
LIMA ESTE	113	25
LIMA SUR	120	15
LORETO	358	33
MADRE DE DIOS	107	17
MOQUEGUA	60	11
PASCO	267	15
PIURA	396	27
PUNO	459	74
SAN MARTIN	370	33
TACNA	72	7
TUMBES	44	11
UCAYALI	209	10
TOTAL	7794	745

Fuente: DGSP - MINSa

En cuanto a la Gestión de la Calidad, se aprobó la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía mediante RM N° 308-2010/MINSA y la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” con RM N° 1021-2010/MINSA, en busca de disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones la evidencia científica muestra que la mortalidad puede reducirse hasta un 50%. Se tiene como meta implementar la Lista de Verificación de Seguridad en la Cirugía en el 90% de establecimientos de salud II y III nivel de atención, de lo cual se ha logrado a mayo del 2012 un avance del 74%.

El 64% (17/28) de DISA/DIRESA/GERESA informaron sobre ejecución del Plan de Auditoría, siendo que el 38% (07) de éstas supera el 80% de cumplimiento del Plan de Auditoría 2011. Los retos afrontados para la implementación de la auditoría en salud, principalmente, son el desconocimiento de los procesos de auditoría, la escasa masa crítica de auditores a nivel nacional y el escaso seguimiento a la implementación de las recomendaciones en los informes de auditoría de caso. Se han desarrollado 3 capacitaciones a nivel regional en el Callao, Lima Provincias y Huancavelica.

Del total de establecimientos de salud registrados y categorizados; 7,995 a nivel nacional, en el periodo 2011 el 10.6% (828) realizaron autoevaluación (primera fase de la Acreditación) y el 2.8% de ellos han aprobado autoevaluación con un puntaje igual o superior al 85%. Para diciembre del 2012 se espera que el 30% de establecimientos de salud, realicen la autoevaluación. Se cuenta con 21 de 25 Comisiones Regionales



Sectoriales de Acreditación de servicios de salud, instancias que gestionarán la evaluación externa de los establecimientos de salud en el ámbito regional (fase previa a la acreditación).

Con RM N° 468-2011/MINSA se aprobó el Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional V.02. El estudio del clima organizacional, permite conocer las opiniones del personal de salud acerca de su entorno laboral y condiciones de trabajo que permitan superar los factores negativos que se detecten y que estén afectando el compromiso y la productividad del potencial humano. Se logró que tres de cinco hospitales participantes del Estudio de Clima Organizacional contaran con un Plan de Mejora del Clima para la implementación de las buenas prácticas del Clima Organizacional.

Se logró una disminución de la Tasa de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) asociadas a Catéter Venoso Central a menos del 7% (estándar establecido por la OPS), en las Unidades de Cuidados Intensivos de los siguientes establecimientos de salud: Instituto Especializado de Salud del Niño, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Central FAP y la Clínica Ricardo Palma, quienes ingresaron con un promedio de IIH de 9.9% y a junio del 2012 lograron disminuir la tasa de IIH al 2.63%.

Se creó el Programa “Agosto te atiende mejor” como iniciativa de esta gestión ministerial con la finalidad de mejorar la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud del nivel hospitalario y de institutos. El financiamiento asignado ha sido dirigido a mejorar las áreas de Consulta Externa, Emergencia y Farmacia en lo relativo a mobiliario, refacciones, compra de equipos menores para la atención, etc. Los 14 establecimientos los que se encuentran en el ámbito del programa son: Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto de Salud del Niño, Hospital Arzobispo Loayza, Hospital de Apoyo Santa Rosa, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital San Juan de Lurigancho, Hospital Hermilio Valdizán, Hospital Hipólito Unanue, Hospital de Emergencias Pediátricas, Hospital de Apoyo María Auxiliadora, Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé y Hospital Nacional Dos de Mayo.

Asimismo, se aprobó la “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, mediante R.M. N° 527-2011/MINSA, la misma que contiene la Encuesta SERVQUAL Modificada que se utiliza para mediciones respectivas. Para el 2012 se plantea la meta de incrementar al 80% la satisfacción de los pacientes en las áreas de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización de nueve Hospitales e Institutos Especializados de Lima y Callao, a partir de una línea de base establecida a inicio de año, sobre el nivel de satisfacción de 47% en Consulta Externa, 42% en Emergencia y 44% en Hospitalización. Se han capacitado a los 14 EESS de Salud del Programa “Agosto te atiende mejor”.

IV. RETOS AFRONTADOS Y AGENDA PENDIENTE

Retos Afrontados:

- En Salud Materno – neonatal:
 - La incorporación en las agendas regionales, el financiamiento y apoyo técnico para la ejecución de las acciones y estrategias para disminuir la mortalidad materna y perinatal.
 - Priorización de la asistencia técnica a las regiones con mayor número de muertes maternas y perinatales o que han incrementado en relación al año 2010: Cusco, Madre de Dios, Tacna, Apurímac, La Libertad, Loreto, Piura, Puno, Ucayali, Ayacucho y Lambayeque.
 - Capacitación continua brindada a los proveedores de salud para la estandarización en el manejo de la salud sexual y reproductiva.
 - El fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud (Recursos Humanos con competencias y comprometidos con la salud sexual y reproductiva, equipos, materiales, etc.) en especial de las regiones con mayor índice de pobreza para mejorar la capacidad de repuesta.

- En Salud Infantil:
 - Limitada difusión del Calendario de Vacunación en los medios de comunicación local, regional y nacional.
 - Lograr el compromiso de los demás componentes del MINSA que están involucrados con las intervenciones de vacunación.
 - Priorización de la asistencia técnica a las regiones para prevenir la mortalidad infantil por el friaje: Puno, Huánuco, Cusco, Junín, Ayacucho, Huancavelica, Piura, Ucayali, Cajamarca y Loreto.
 - Generar la adopción de hábitos protectores de la salud a través de intensas campañas de difusión adaptadas a las comunidades en riesgo.

- En Tuberculosis:
 - Insuficiente personal a nivel central que dificulta su participación en los diferentes ámbitos de coordinación; asimismo personal insuficiente en los establecimientos de salud que limita el logro de las intervenciones.

- En Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis:
 - Lograr el involucramiento de todos los actores en la tarea para que el País sea declarado como libre de rabia transmitida por el perro.
 - Disminución de los accidentes de mordeduras por murciélagos y el riesgo de rabia en la población humana de las comunidades nativas.
 - La vacunación antirrábica humana de Pre exposición en la población humana en riesgo de rabia silvestre por mordeduras de murciélagos hematófagos.
 - Implementación de la vacunación antirrábica humana con vacuna cultivo celular en otros departamentos que evidencien zonas de riesgo de rabia humana silvestre por mordeduras de murciélagos.
 - Mantener activa la vigilancia de rabia urbana, con la finalidad de garantizar los logros alcanzados hacia el control y reconocimiento como País Libre de Rabia.
 - Continuar con la vía administrativa para la probación de la “Norma Técnica de Brucelosis Humana”



- Ampliar la implementación del diagnóstico y tratamiento de Fasciolosis Humanas a otras áreas endémicas como Arequipa, La Libertad, Ancash, además del fortalecimiento de estas actividades en la DIRESA Cajamarca, Junín y Puno, habiéndose recibido en el 2011 una nueva donación de la OMS de 800 tabletas de Triclabendazol para continuar con el tratamiento de personas afectadas por esta parasitosis en áreas endémicas. Garantizar el stock necesario de triclabendazol a fin de facilitar el tratamiento de las personas afectadas por fasciolosis
 - Lograr de manera progresiva el involucramiento de las DISAS / DIRESAS / GERESAS y de los Gobiernos Regionales y Locales en la prevención y control de las Zoonosis Olvidadas-Desatendidas, como Fasciolosis y Echinococosis quística en las zonas de riesgo.
 - Promover estilos de vida saludables en instituciones educativas, municipios y familias, para lograr la adecuación física de las viviendas en áreas de riesgo de transmisión de peste.
 - Insuficiente número de personal y alta rotación de personal con experiencia en vigilancia y control de vectores.
- En PRONAHEBAS:
- Actualización del marco normativo vigente: las normas vigentes del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre-PRONAHEBAS requieren revisión para su actualización al contexto actual.
 - Fortalecimiento de competencias del personal que labora al interior de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre: proceso permanente realizado a través de la asistencia técnica a las diferentes regiones del interior del país.
- En fortalecimiento de la rectoría:
- Lograr la articulación intersectorial entre el Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y Ministerio de Educación, continua representando una nueva experiencia de gestión, que demanda un esfuerzo para las coordinaciones y el consenso técnico para su desarrollo.
 - La constante rotación del personal en las DIRESAs hace que el proceso de programación y ejecución avance lentamente, puesto que los nuevos responsables pasan por un tiempo de aprendizaje y adaptación del trabajo.
 - Deficiente articulación de los Gobiernos Regionales con sus Gobiernos Locales especialmente en materia de Salud.
 - Contribuir a través de la supervisión integral mejorar el desempeño de la gestión de las Direcciones Regionales de salud en el ámbito del país.
 - Autonomía de los Gobiernos Regional para establecer una organización de la DIRESA o GERESA sin considerar la organización rectora del MINSA que garantice la complementariedad de acciones como país.
- En la optimización de los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud:
- Procesos de tiempos prolongados para la adquisición de los bienes y servicios, que repercute en la oportunidad en la realización de las actividades programadas.
 - Alta rotación de personal capacitado en metodología, instrumentos y herramientas del Presupuesto por Resultados, generado por la inestabilidad laboral, siendo removidos o destituidos de sus funciones por diversos motivos.

- Elaborar normas según la actualización de las PEAS en el marco del Aseguramiento Universal.
- Objetivar los procesos de cada producto como es Tamizaje, Diagnóstico, Tratamiento y Control de los programas emblemáticos sociales para la lucha contra la pobreza.
- Participación de las Unidades Orgánicas de la UE 001 en la formulación del Plan Operativo y Demanda Global 2013.
- Propiciar una cultura de seguimiento y evaluación en cumplimiento de las metas físicas y financieras del Presupuesto asignado en el 2012.
- Evaluar de manera permanente la ejecución presupuestaria para evitar reversiones al Tesoro Público.
- Cumplimiento de la R.M. N° 064-2012/MINSA que aprueba la continuidad de los Proyectos de Inversión Pública en Salud.
- Incumplimiento de las Unidades Ejecutoras en la presentación de la información Financiera y Presupuestaria en las fechas solicitadas.
- Inconvenientes en el Sistema SIAF-SP para la elaboración de la información financiera y presupuestaria en las fechas solicitadas.

Agenda Pendiente

➤ En Salud Materno – neonatal:

- Mejorar la capacidad resolutive de los Establecimientos de Salud en especial de las regiones con mayor número de muertes maternas.
- Continuar con el fortalecimiento de competencias de los profesionales del primer nivel de atención de los Establecimientos de Salud a nivel de las DIRESA/DISAS en relación a los diferentes problemas de salud.
- Aprobación e implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes.
- Garantizar la disponibilidad y uso de los métodos anticonceptivos de la población de la zona rural.
- Lograr incorporar en las agendas regionales, el financiamiento y apoyo técnico para la ejecución de las acciones y estrategias para disminuir la muerte materna y perinatal.
- Fortalecimiento de las competencias de los recursos humanos en prevención del embarazo en adolescente, Orientación / consejería en Salud Sexual Reproductiva para adolescente, Metodología anticonceptiva, Violencia basada en genero, Estandarización de habilidades para el manejo de las emergencias obstétricas y perinatales.
- Impulsar el desarrollo de las Guías de consejería para la promoción de prácticas saludables en Ciudadano Infantil y Salud Materna Neonatal.

➤ En Enfermedades No Transmisibles:

- Continuar las acciones para la implementación del documento técnico “Promoviendo Universidades Saludables” a nivel de las DISA de Lima y Direcciones regionales de Salud.
- Fortalecimiento de Políticas Públicas regionales y locales que favorezcan la disminución del consumo nocivo de alcohol.



- En Salud Mental:
 - Comprometer a los gobiernos regionales que aún no han priorizado dentro de sus planes de desarrollo actividades de salud mental.
 - Fortalecimiento y sostenibilidad de las acciones referidas a la atención prevención de la violencia y el maltrato infantil.

- En Tuberculosis – VIH/SIDA:
 - Fortalecer la logística para la detección, diagnóstico, y tratamiento de casos de tuberculosis.
 - Focalizar las acciones multisectoriales en zonas de alto riesgo de tuberculosis.
 - Mantener la estabilización de la Epidemia y la disminución de fallecidos por SIDA.
 - Mejorar el proceso de genotipificación para la disminución de la resistencia al tratamiento.

- En Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis:
 - Mejorar y fortalecer el sistema de información de las enfermedades zoonóticas en coordinación con la Oficina General de Estadística e Informática.
 - Fortalecer la coordinación con las DISA/DIRESA, Gobiernos Locales, ONG, Colegio Médico Veterinario, con la finalidad de disminuir la incidencia de accidentes de mordeduras, especialmente en la población infantil.
 - Promover la adopción de prácticas saludables, mejoramiento de la vivienda y su entorno para la prevención y control de vectores y roedores

- En PRONAHEBAS:
 - Actualización del marco normativo vigente: las normas vigentes del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre requieren revisión para su actualización acorde al contexto actual.
 - Fortalecimiento de competencias del personal que labora al interior de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre: proceso permanente realizado a través de la asistencia técnica a las diferentes regiones del interior del país.
 - Fortalecimiento de competencias al personal que labora en los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional para mejorar la aplicación del sistema de Gestión de la Calidad.
 - Realizar acciones de promoción y difusión en la comunidad, destinado a incentivar el sentimiento de solidaridad para la donación de órganos y tejidos, en coordinación con otros sectores y medios de comunicación social.
 - Desarrollar un curso denominado “Comunicación en Situaciones Críticas” conjuntamente con la Organización Nacional de Donación y Trasplante de España, para capacitar al personal de los hospitales en el diagnóstico, manejo y comunicación a los familiares, debido a que la mayor parte de los profesionales en el país no conocen como relacionarse con las familias en los momentos más críticos.

- En Trastornos y/o lesiones contra la salud por factores externos:
 - Fortalecer la capacidad de respuesta en la atención y detección temprana de casos de exposición e intoxicación por metales pesados.



- En fortalecimiento de la rectoría:
 - Fortalecer la rectoría en los diferentes niveles de gobierno; además de promover la articulación de los Gobiernos Regionales con sus Gobiernos Locales especialmente en materia de Salud.
 - Desarrollar la articulación intersectorial entre el Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y Ministerio de Educación, la cual continúa representando una nueva experiencia de gestión, que demanda un esfuerzo para las coordinaciones y el consenso técnico para su desarrollo.

- En la optimización de los procesos de gestión administrativa y de servicios de salud:
 - Continuar con la asistencia técnica a las DISA y DIRESA en los aspectos críticos del suministro de medicamentos y productos farmacéuticos en general.
 - Desarrollar talleres macro regionales a fin de fortalecer las capacidades del personal técnico y profesional que desarrollan actividades operativas en las Direcciones Regionales de Salud, como parte del proceso de descentralización de funciones.
 - Actualizar los aplicativos del Sistema Estadístico, tales como HIS, Egresos Hospitalarios y Emergencias; incorporando los estándares de datos en salud.
 - Lograr la adquisición de 11 ambulancias fluviales y 34 ambulancias terrestres, éstas últimas se encuentran en la OPI para la aprobación de los 34 planes de trabajo, su publicación en el Banco de Proyectos del MEF y obtener los códigos SNIP.
 - Seguimiento y evaluación del presupuesto asignado a los Proyectos de inversión a fin de garantizar su ejecución. Asimismo, continuar con el cierre de proyectos de inversión de la UE 001 Administración Central.