



PERÚ

Ministerio
de Salud

MEMORIA ANUAL 2013



INDICE

Presentación	3
Reseña Histórica	4
Visión y Misión	7
Estructura Orgánica	8
Principales Actividades	12
Logros obtenidos y dificultades presentadas	13
Análisis de la ejecución del presupuesto de ingresos, gastos e inversión	77



PRESENTACIÓN

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, desde su concepción hasta su muerte natural.

Cabe resaltar que en el mes de agosto del año 2013, mediante Ley N° 30073 el Congreso de la República delega en el Poder Ejecutivo, por el término de 120 días calendario, la facultad de legislar en materia de salud, en el fortalecimiento del sector, así como en materia de reorganización del Ministerio de Salud y sus organismos públicos para el ejercicio y el fortalecimiento de la rectoría sectorial y un mejor desempeño en las materias de su competencia, priorizando la atención preventiva en salud, en el marco de la descentralización; es así que mediante el Decreto Legislativo N° 1161, se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el cual determina y regula el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud; así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades.

La Memoria Anual muestra los logros y avances obtenidos en el año 2013 en el marco de las Políticas de Salud que la actual gestión viene impulsando: Atención primaria y mejora de acceso a servicios de salud; los Recursos humanos calificados y asignados con equidad; el Acceso a servicios especializados; el Financiamiento de la salud; y la Rectoría del Ministerio, en beneficio de la mejora de la salud de la población del país. Asimismo, se incluye las dificultades presentadas durante el periodo.



Reseña Histórica

Las actividades gubernamentales destinadas a preservar la salud de la población se inician en la época de la Colonia con la institución del Real Tribunal del Protomedicato en 1568, por Cédula expedida por Felipe II. El tribunal tenía por finalidad garantizar el correcto ejercicio de la medicina, el funcionamiento de boticas, combatir el empirismo, clasificar plantas y hierbas medicinales, escribir la historia natural del Perú y absolver consultas del Gobierno sobre el clima, enfermedades existentes, higiene y salud pública en general. El insigne médico y prócer de la independencia, don Hipólito Unánue, fue el último protomédico de la Colonia.

Bajo el nombre de Protomedicato General del Estado, esta institución se conservó al nacer la República, llegando a tener 22 Presidentes, el último de los cuales fue el ilustre médico Cayetano Heredia. En 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población. Seis años después, durante el gobierno de Andrés Bello Cáceres, se pone en vigencia el Reglamento General de Sanidad que normaba las actividades de las Juntas Supremas Departamentales y Provinciales de Sanidad en lo concerniente a saneamiento ambiental, sanidad internacional, control de enfermedades transmisibles y ejercicio profesional.

Las Juntas de Sanidad constituyeron el primer intento de administración descentralizada y su reglamento, el esbozo de un Código Sanitario.

En 1892, se encarga a los Gobiernos Locales lo concerniente al saneamiento ambiental y en 1898 se establece la obligatoriedad de la vacunación antivariólica, hecho que origina posteriormente la creación del Instituto Nacional de Salud, dedicado a la producción de biológicos. En 1903, a raíz de un brote de peste bubónica, el gobierno determina la creación de la Dirección de Salubridad Pública, dependiente del entonces Ministerio de Fomento.

La preocupación y obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, posición que es ratificada en las posteriores Cartas Magnas. Las crecientes y complejas responsabilidades de la Dirección de Salubridad hacen necesario que el Gobierno la independice y cree sobre esa base un nuevo Ministerio.

El 05 de Octubre de 1935, al conmemorarse el 50 Aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana "Daniel A. Carrión", fue promulgado el D.L. 8124 que crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En el nuevo portafolio se integraron la antigua Dirección de Salubridad Pública, las Secciones de Trabajo y Previsión Social, así como la de Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento; confiriéndosele además las atribuciones del Departamento de Beneficencia del Ministerio de Justicia.



El primer titular de Salud fue el Dr. Armando Montes de Peralta. En su trayectoria histórica el Ministerio de Salud ha tenido que adaptarse a los cambios y necesidades de la sociedad, modificando su organización y en dos oportunidades su denominación. Es así que, en 1942, adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en 1968, la denominación que mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud.

La historia del Ministerio de Salud registra hechos importantes dignos de ser destacados. En Agosto de 1994, el Perú recibe la certificación internacional de la interrupción de la circulación del virus salvaje de la polio, al transcurrir tres años del último caso de polio en el país y en las Américas. El mantener coberturas de vacunación por encima del 90% a partir de 1995, el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud del Programa de Control de TBC del Perú como uno de los mejores del mundo y modelo para las Américas; el avance exitoso en el cumplimiento de la meta intermedia de iodización universal de la sal, constituyen méritos destacables.

La presente década, será protagonista de hechos que se escribirán en la historia sanitaria del país, con los cuales se garantizará la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo de un Ministerio comprometido con la salud de la población.



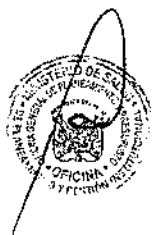
Base Legal

Ley N° 8124 – Ley de Creación del Ministerio de Salud

Ley N° 26842 – Ley General de Salud

Decreto Legislativo N° 1161 - Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

Decreto Supremo N° 023-2005-SA y modificatorias – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



Visión

"Salud para todas y todos"

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.

Con el Gobierno Nacional, Gobierno Regional, Gobierno Local y la Sociedad Civil que logran ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Así mismo, las instituciones del Sector Salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinda servicios de calidad y accesibles, que garantiza un plan universal de prestaciones de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.

Misión

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



Estructura Orgánica

A. MINISTERIO DE SALUD

1. ALTA DIRECCIÓN

Despacho Ministerial
Despacho Viceministerial
Secretaría General
Defensoría de la Salud y Transparencia
Oficina de Descentralización

2. ÓRGANO CONSULTIVO

Consejo Nacional de Salud
Secretaría de Coordinación

3. ÓRGANO DE CONTROL

Órgano de Control Institucional
Oficina de Control de Normatividad Técnica en Salud
Oficina de Control Administrativo y Financiero

4. ÓRGANO DE DEFENSA JUDICIAL

Procuraduría Pública

5. ÓRGANOS DE ASESORÍA

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Oficina de Planeamiento y Gestión Institucional
Oficina de Organización
Oficina de Presupuesto
Oficina de Proyectos de Inversión

Oficina General de Cooperación Internacional

Oficina General de Asesoría Jurídica

Oficina General de Defensa Nacional

6. ÓRGANOS DE APOYO

Oficina General de Administración
Oficina de Economía
Oficina de Logística

Oficina General de Estadística e Informática
Oficina de Desarrollo Tecnológico
Oficina de Informática y Telecomunicaciones
Oficina de Estadística



Oficina General de Comunicaciones
Oficina de Prensa y Relaciones Públicas
Oficina de Comunicación Social

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

7. ÓRGANOS DE LINEA

Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Atención Integral de la Salud.
Dirección de Servicios de Salud
Dirección de Calidad en Salud
Dirección de Gestión Sanitaria
Dirección de Salud Mental
Organización Nacional de Donación y Trasplantes

Dirección General de Salud Ambiental
Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis
Dirección de Ecología y Protección del Ambiente
Dirección de Saneamiento Básico
Dirección de Salud Ocupacional

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
Dirección de Autorizaciones Sanitarias
Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria
Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos

Dirección General de Epidemiología
Dirección de Vigilancia Epidemiológica
Dirección de Inteligencia Sanitaria

Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección de Participación Comunitaria en Salud
Dirección de Educación para la Salud
Dirección de Promoción de Vida Sana

Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento
Dirección de Infraestructura
Dirección de Equipamiento
Dirección de Mantenimiento

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Dirección de Gestión de Capacidades en Salud
Dirección de Gestión del Trabajo en Salud



B. ORGANOS DESCONCENTRADOS

1. Direcciones de Salud

Dirección de Salud II Lima Sur

Dirección de Salud IV Lima Este

Dirección de Salud V Lima Ciudad

Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud

2. Institutos Especializados

Instituto Nacional de Salud del Niño

Instituto Nacional de Salud Mental

Instituto Nacional de Rehabilitación

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Instituto Nacional de Oftalmología

Instituto Nacional Materno Perinatal

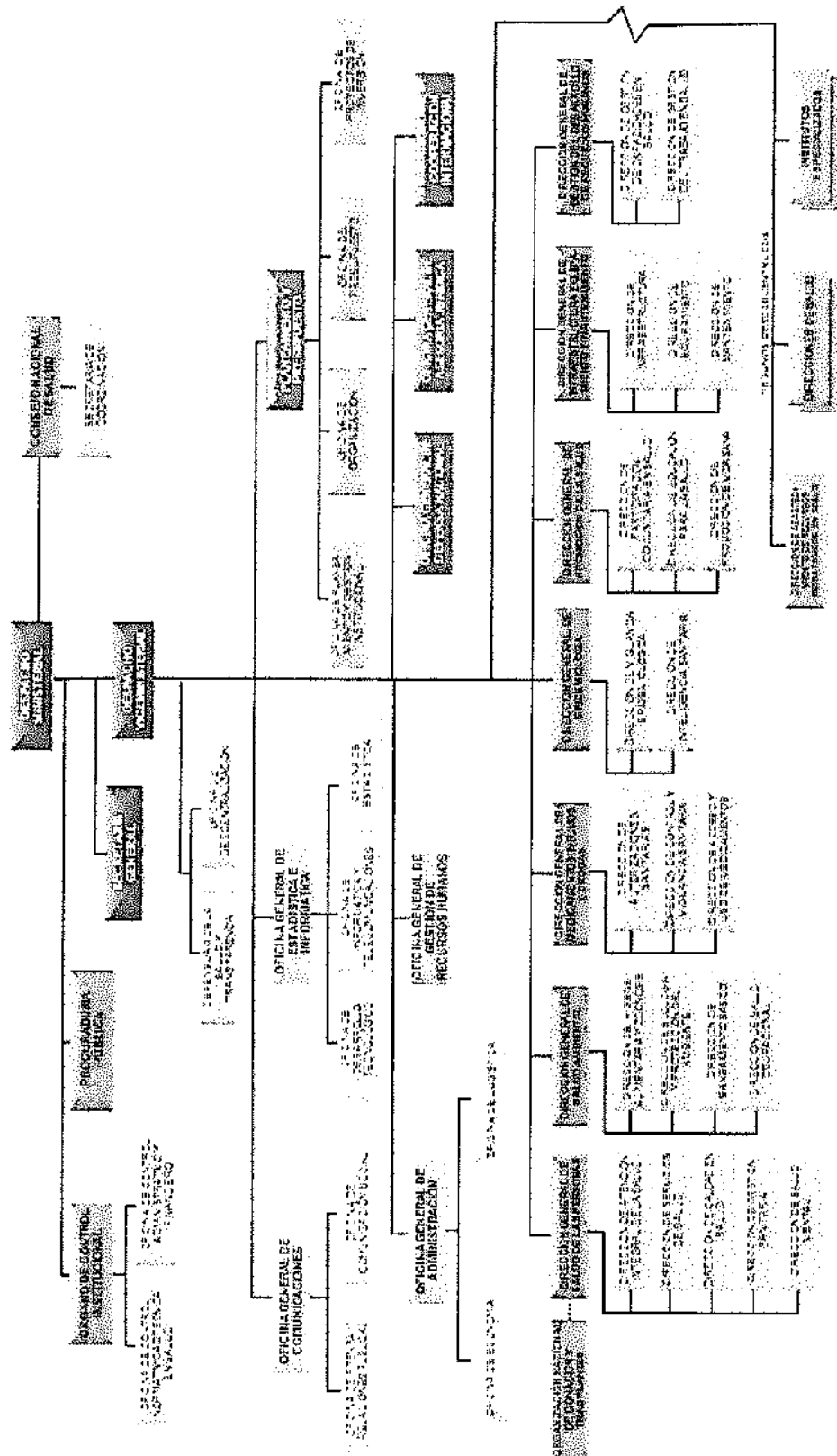
NOTA: En la actualidad existen los Organismos Públicos, entidades desconcentradas del Poder Ejecutivo tales como el INEN, INS, SIS, SUNASA, que de acuerdo a la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, están adscritas al Ministerio de Salud, pero que no forman parte de la Estructura Orgánica de éste.





La estructura orgánica del Ministerio de Salud está configurada por sus unidades orgánicas hasta el tercer nivel organizacional, los mismos que son creados para lograr los objetivos funcionales de los procesos y subprocesos, establecidos en el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005 del 1ro de enero de 2006, vigente a la fecha.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL MINISTERIO DE SALUD



Principales Actividades

De acuerdo al Art. 5° del Decreto Legislativo N° 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", son funciones rectoras del Ministerio de Salud son:

- Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.
- Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias, de su competencia.
- Conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a Ley.
- Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia, en el ámbito de su competencia.

Y como funciones específicas se tienen:

- Regular la organización y prestación de servicios de salud.
- Conducir, regular y controlar a los órganos desconcentrados, así como supervisar a los organismos públicos del sector.
- Establecer la política de aseguramiento en salud, regular a las entidades y los procesos vinculados a ésta.
- Proponer la regulación de infracciones y las sanciones por la transgresión o incumplimiento de las normas sanitarias.
- Promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud.
- Planificar y establecer las prioridades para el financiamiento de la atención de la salud y de la inversión nacional en salud.
- Promover, articular y desarrollar estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización.
- Coordinar con organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación internacional, así como canalizarla a los organismos públicos y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Agencia Peruana de Cooperación Internacional.
- Coordinar la defensa jurídica de las entidades bajo su competencia.
- Intervenir, mediante asistencia técnica, acompañamiento y movilización de recursos, en todo o en parte del territorio nacional, por razones de necesidad de salud pública, emergencias sanitarias o desastres.



LOGROS OBTENIDOS Y DIFICULTADES PRESENTADAS EN EL PERIODO

OBJETIVO GENERAL 1: REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE:

MORTALIDAD MATERNA

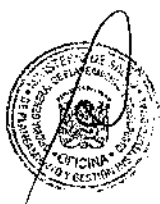
La muerte de una mujer durante el periodo del embarazo, parto o puerperio es un evento grave, con repercusiones en el núcleo familiar y la sociedad en la cual ocurre, la razón de muerte materna (RMM) es el indicador que permite presentar la magnitud del problema de las muertes maternas en un país.

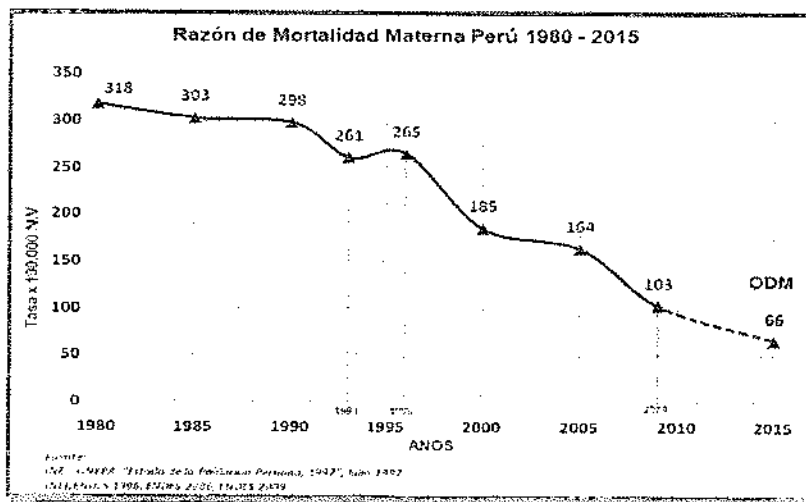
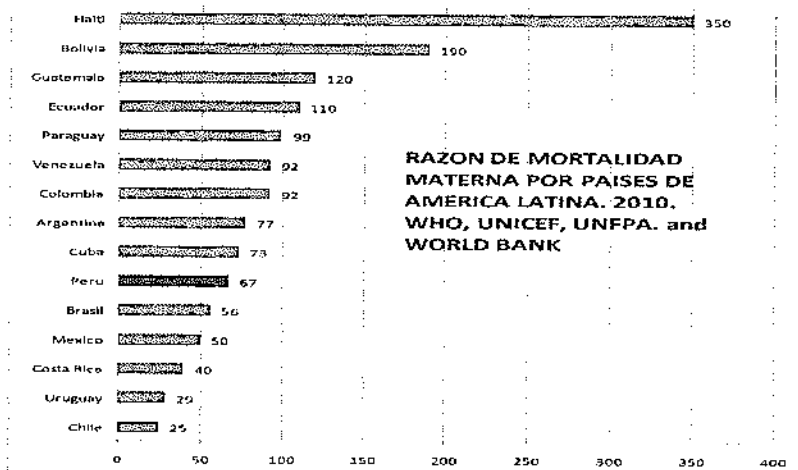
La mortalidad materna en nuestro país presenta un descenso, según la ENDES 2010 el Perú reporta una razón de mortalidad materna de 93 x 100, 000 nacidos vivos y a nivel de América Latina es de 67 x 100,000 nacidos vivos, según WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank 2010.

Entre las intervenciones para mejorar la salud materna, reducir la morbilidad materna y mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva implemento las siguientes acciones:

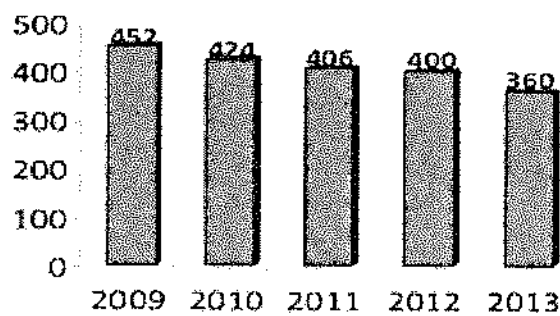
- ✓ Atención de parto institucional con énfasis en la zona rural con adecuación Intercultural (parto vertical) y la implementación de las casas maternas.
- ✓ Atención Prenatal Reenfocada.
- ✓ Atención por personal calificado de las complicaciones obstétricas en establecimientos de salud con capacidad resolutive.
- ✓ Disminución de la demanda insatisfecha de Planificación Familiar con énfasis en los quintiles I/II.
- ✓ Prevención del embarazo no planificado en adolescentes.

La sensibilización a líderes y decisores políticos sobre la importancia de trabajar la salud materna en los diferentes niveles de gobierno, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud a través del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, y los programas de incentivos municipales han contribuido a tener establecimientos de salud con capacidad de repuesta frente a las emergencias obstétricas y neonatales.





**MORTALIDAD MATERNA
2009-2013 SEM 49**



En el año 2013 a la semana epidemiológica 49 se ha tenido 40 muertes maternas menos que en el año 2012.

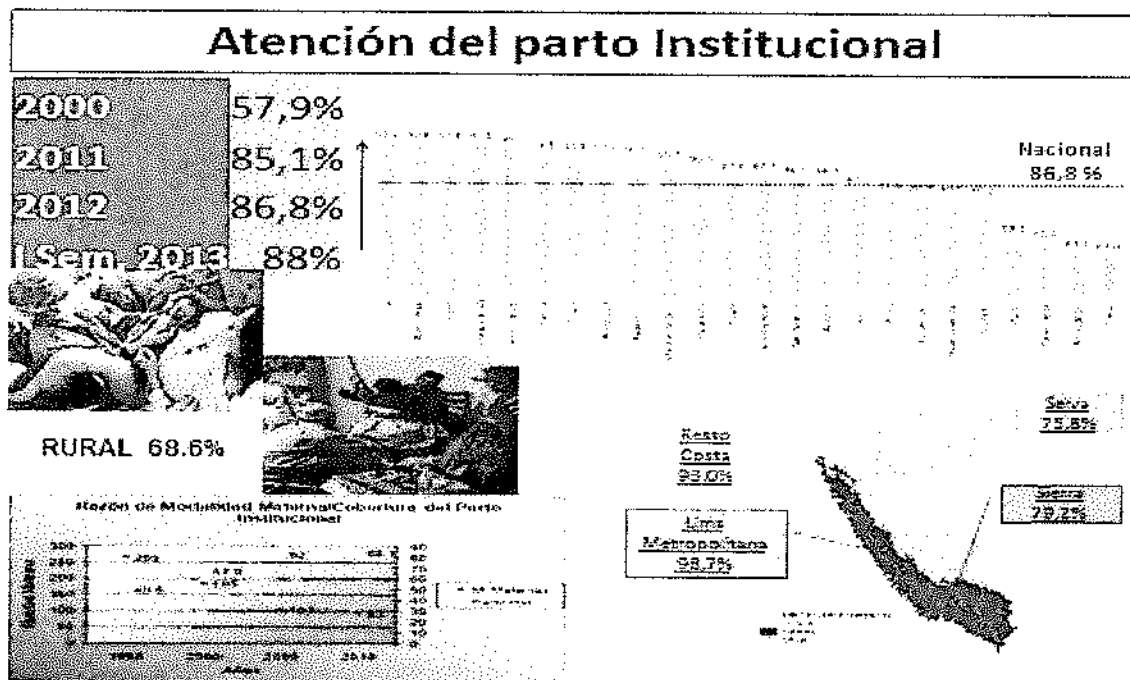


ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL

La proporción de parto institucional se ha incrementado de un 56,7% en el año 2000 a 88% al I Semestre 2013 (ENDES - I Sem. 2013).

La ESNSSR ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de los servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, reconociendo que es imprescindible garantizar el respeto por sus culturas, como requisito indispensable para brindar un servicio de calidad.

El indicador de parto institucional con énfasis en zona rural se superó de 23,8% en el año 2000 a 68.6% en el Año 2012.



Este incremento se debe a la implementación de las siguientes estrategias:

- ✓ Atención de Parto Vertical con adecuación Intercultural.
- ✓ Adecuación Cultural de los Servicios de Salud.
- ✓ Casas de Espera.
- ✓ Afiliación al SIS y la implementación del AUS que han contribuido a disminuir la barrera económica, mejorando el acceso de las gestantes a los servicios de salud materna a nivel nacional.
- ✓ Implementación de la Norma para la "Atención del parto vertical con Adecuación Intercultural" aprobada con Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA.



Parto Vertical con Adecuación Intercultural

La implementación de esta experiencia exitosa de adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención del parto vertical ha logrado el incremento del parto institucional en la zona rural. La ESNSSR ha coordinado las Pasantías en la atención del parto vertical con adecuación intercultural para profesionales de la salud de las DRESAS Loreto, Lima Región, Moquegua, Arequipa y Lima Sur en las Sedes de Pasantías de Atención en Parto Vertical (C.S. Churcampa-Huancavelica y C.S. Belepampa-Cusco), el intercambio de tutores de ambas sedes pasantes, asimismo se ha implementado las nuevas sedes de pasantía en Atención del Parto vertical en la región Ayacucho: C.S. Vilcashuamán, C.S. Vinchos, C.S. San José de Secce, el Hospital Regional de Ayacucho; y en proceso de ser considerados como sedes de pasantías el Hospital de Yarinacocha – región Ucayali y el Hospital Rezola de la Región Lima.

Implementación de Casas Maternas

En el año 2013, se han implementado dos casa maternas, una en la Región Lima, en San Andrés de Tupicocha – Huarochirí y la segunda en la Región Ayacucho “la Casa de Espera Materna Regional”, ubicada en el barrio de San Melchor, distrito de San Juan Bautista. Esta estrategia tiene como finalidad favorecer el acceso al parto institucional y hacer prevalecer los derechos de las gestantes de zonas de difícil accesibilidad y culturalmente diferentes.

De 211 casas maternas implementadas en el año 2005, actualmente se cuenta con 503 casas maternas al año 2013 (incremento del 227%).

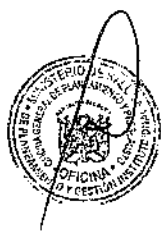
La estrategia de las Casas de Espera u Hogares Maternos se han constituido en una experiencia exitosa para enfrentar las barreras de inaccesibilidad geográfica a los establecimientos de salud y de coordinación entre los gobiernos locales (municipios y Comunidad) y Salud (ESSSR).

Atención Prenatal Reenfocada

En relación a las gestantes que recibieron 6 o más visitas de Controles Pre-Natales este indicador se ha incrementado reportándose un incremento entre el año 2000 de 50.6% a 87,2% para el I Semestre 2013 (ENDES I Sem. 2013).

PERÚ: PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL. 2009-2012 Y 2013 I SEMESTRE

Programa	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013 I SEM
Programa Salud Materno-Neonatal	Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales	80.8	81.0	83.5	84.5	87.2



La Atención Prenatal Reenfocada basa su intervención en asegurar el paquete de atención a la gestante: Evaluación completa de la gestante, Orientación/ consejería en SSR-PF, Tamizaje con prueba rápida para sífilis, Tamizaje con prueba rápida para VIH, Exámenes completos de laboratorio, Ecografía, Tamizaje de violencia basada en género, Protección antitetánica, Plan de Parto, Suplemento de hierro/ácido fólico y Psicoprofilaxis.

ATENCIÓN DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Se aprobó con Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la evaluación de las Funciones Obstétricas Y Neonatales en los Establecimientos de Salud", que tiene como finalidad contribuir al fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para el manejo integral de los procesos clínicos asociados a morbilidad y mortalidad materna.

Se brindó apoyo a las regiones en la realización de 14 talleres en: Emergencias Obstétricas y Neonatales, Atención Prenatal Reenfocada, Monitoreo fetal y un taller macro regional de los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna; el objetivo de los talleres es el de fortalecer las capacidades técnicas a los proveedores de salud.

Siguiendo con las políticas de descentralización, se calificaron y se categorizaron como CDC (Centro de Desarrollo de Competencias) el Hospital Regional de Huancavelica – DIRESA Huancavelica.

DISMINUIR LA DEMANDA INSATISFECHA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR), ha incorporado tres nuevos métodos anticonceptivos en la gama de métodos ofertada por el Ministerio de Salud a la población, en forma gratuita, como es: el condón femenino, la ampolla mensual y los implantes, para lo cual se ha fortalecido las capacidades técnicas a 582 profesionales de salud (médicos y obstetras) en este tema, mediante la organización de 18 Talleres en las DIRESAS/GERESAS de Madre de Dios, Huancavelica, Cajamarca, Tumbes, Pasco, Apurímac - Abancay, Apurímac- Andahuaylas, Moquegua, Jaén, Amazonas, Cajamarca, Lima Región, Arequipa, Lima Este, Lima Ciudad y hospitales de Lima Ciudad.

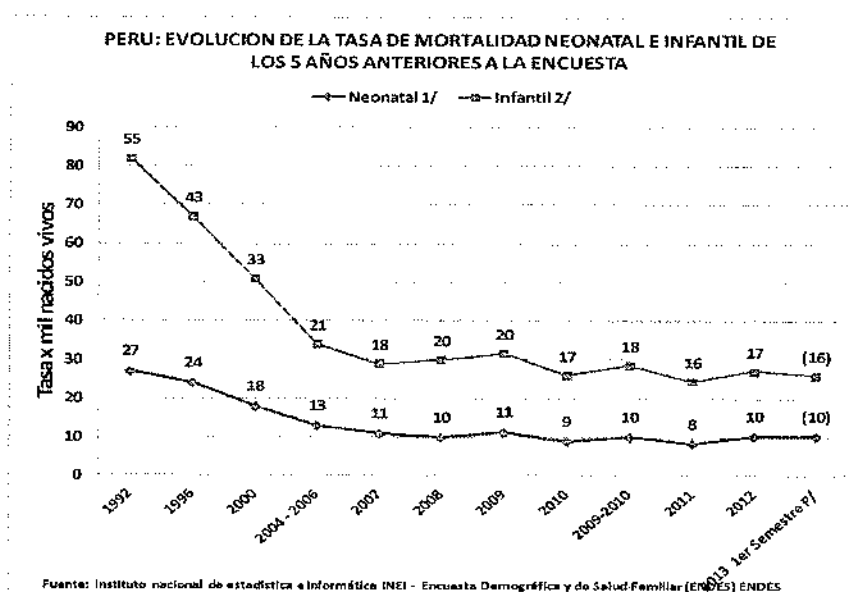
Estos indicadores muestran que se está implementado estrategias a nivel nacional con el fin de cumplir con la meta de los Objetivo de Desarrollo del Milenio trazada para el 2015 que es la disminución de la Mortalidad materna a 66 x 100,000 nacidos vivos.



PLAN MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El día 6 de noviembre del 2013, fue aprobado el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, con Decreto Supremo N° 012-2013-SA.

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL



Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 1° semestre, muestran que la tendencia de la mortalidad infantil continúa disminuyendo, sin embargo la mortalidad neonatal se mantiene estacionaria.

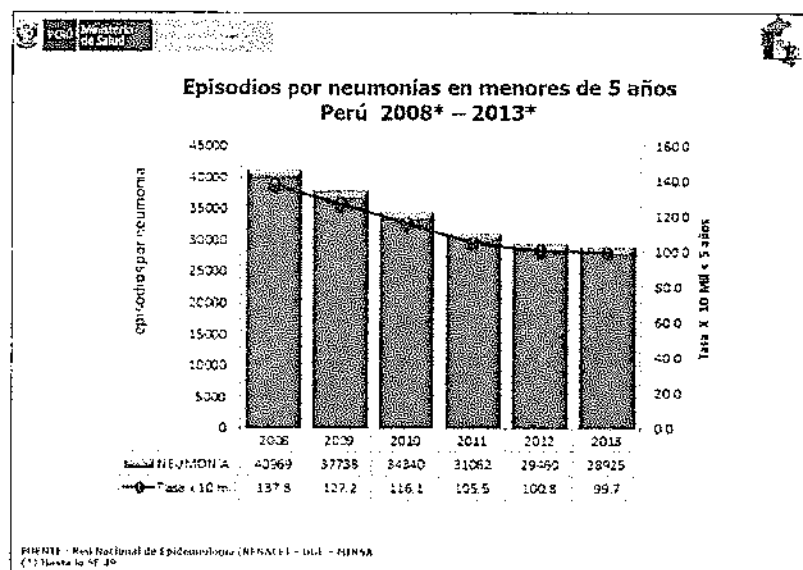
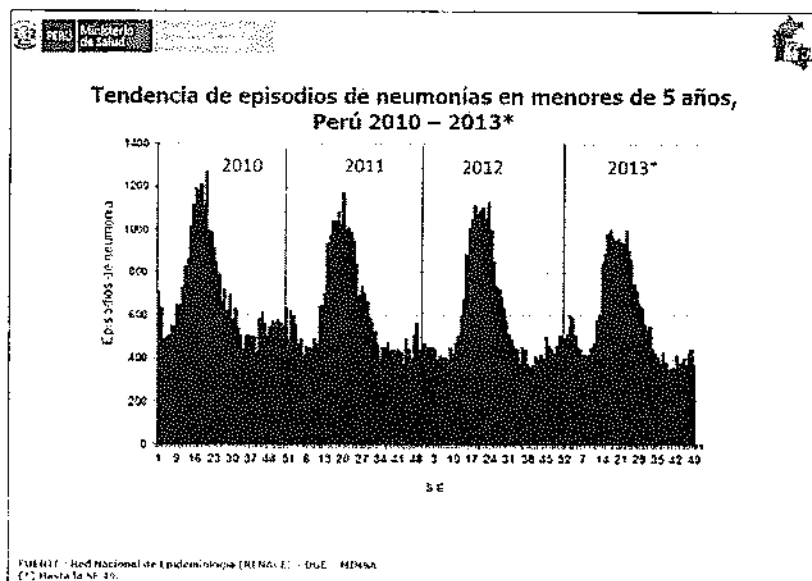
CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA –NEUMONÍA

A nivel nacional, de acuerdo a la ENDES, el 13,9% de las niñas y niños menores de cinco años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que evidencia una disminución de 2.5 puntos porcentuales con respecto a la estimación del año 2012.

Por otro lado, los datos del sistema de vigilancia epidemiológica muestran que la tendencia de los episodios de neumonías en menores de 5 años disminuye año a año.

Hasta la SE 49 notificaron 28925 episodios de neumonías. La IA de las neumonías en el Perú es de 99,7 episodios por cada 10 000 niños menores de 5 años.





En el 2013, Hasta la SE 49 se han registrado 392 muertes por Neumonía en menores de 5 años, de las cuales 229 corresponden a la temporada de frío (69%). Las regiones donde se registran mayor número de muertes por neumonía son: Loreto (62), Puno (45), Junín (38), Cuzco (43) y Huánuco (22), donde ocurrió el 60% del total de muertes por neumonía a nivel nacional. La letalidad es de 1.4 muertes por 100 casos de neumonías, las tasas de letalidad más altas se registra en Huancavelica, Junín, Puno, Cusco, y Loreto.



Departamento	Neumonías					Defunciones					Letalidad *				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
LIMA	8323	7321	7064	7726	7440	23	13	14	26	28	0.3	0.2	0.2	0.3	0.4
LORETO	4167	3504	3574	3110	2585	29	47	60	67	62	0.7	1.3	1.7	2.2	2.4
PIURA	2139	2088	2129	2046	1867	22	13	11	4	8	0.6	0.6	0.5	0.2	0.4
AREQUIPA	2274	1887	1789	1630	1562	15	9	26	12	5	0.7	0.5	1.5	0.7	0.3
HUANUCO	1578	1755	1576	1710	1387	47	38	28	23	22	2.9	1.9	1.8	1.5	1.6
UCAYALI	2175	2000	1377	1235	1366	14	17	9	17	20	0.6	0.9	0.7	1.4	1.5
CUSCO	1755	1692	1339	1402	1335	41	28	25	25	43	2.3	1.7	1.9	1.9	3.2
PUNO	1821	1677	1319	1312	1329	89	106	54	57	45	5.5	6.3	4.1	4.3	3.4
CAJAMARCA	2243	1571	1576	1148	1223	21	9	5	13	13	0.9	0.6	0.3	1.1	1.2
LA LIBERTAD	2133	1083	864	987	1060	10	44	17	18	9	0.9	4.1	2.0	1.4	0.8
JUNIN	1076	1076	824	831	975	34	21	19	30	38	3.1	2.1	2.3	3.6	3.9
ANCASH	2186	1092	823	720	929	16	14	6	3	9	1.4	1.3	0.7	0.4	1.0
LAMBAYEQUE	855	672	580	652	839	11	3	5	3	3	1.3	0.4	0.9	0.5	0.3
SAN MARTIN	946	709	563	595	786	6	6	9	1	5	0.6	0.9	1.0	0.2	0.6
CAJALO	1229	1256	1323	872	666	0	2	3	3	9	0.0	0.2	0.2	0.3	1.4
AMAZONAS	836	667	779	572	641	3	9	14	11	13	1.0	1.3	1.8	1.9	2.1
ICA	471	572	588	518	525	0	0	2	3	8	0.0	0.0	0.3	0.6	1.5
PASCO	714	779	655	605	492	16	9	7	12	13	2.2	1.1	1.1	2.0	2.6
HUANCAVELICA	917	729	532	420	468	33	23	10	11	19	3.6	3.1	1.9	2.6	4.1
AYACUCHO	461	513	440	425	417	19	6	11	11	11	2.2	1.2	2.8	2.6	2.6
APURIMAC	849	781	471	435	393	5	5	5	3	3	1.1	0.6	1.1	0.7	0.8
MOQUELGA	207	175	144	166	207	1	0	2	3	0	0.5	0.0	1.4	1.8	0.0
MADRE DE DIOS	242	240	230	252	158	0	0	1	4	0	0.0	0.0	0.4	1.6	0.0
TUMBES	104	134	125	96	136	2	1	0	1	3	1.2	0.8	0.0	1.0	2.1
TACNA	159	191	118	94	119	0	0	1	1	1	0.0	0.0	1.4	3.2	0.9
Total general	37738	34340	31062	29460	28925	447	420	347	362	392	1.2	1.2	1.1	1.2	1.4

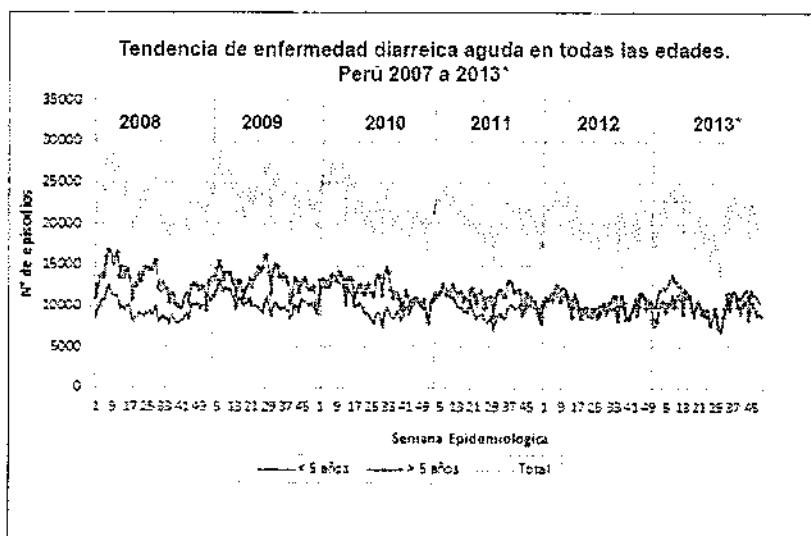
* Letalidad por número de episodios

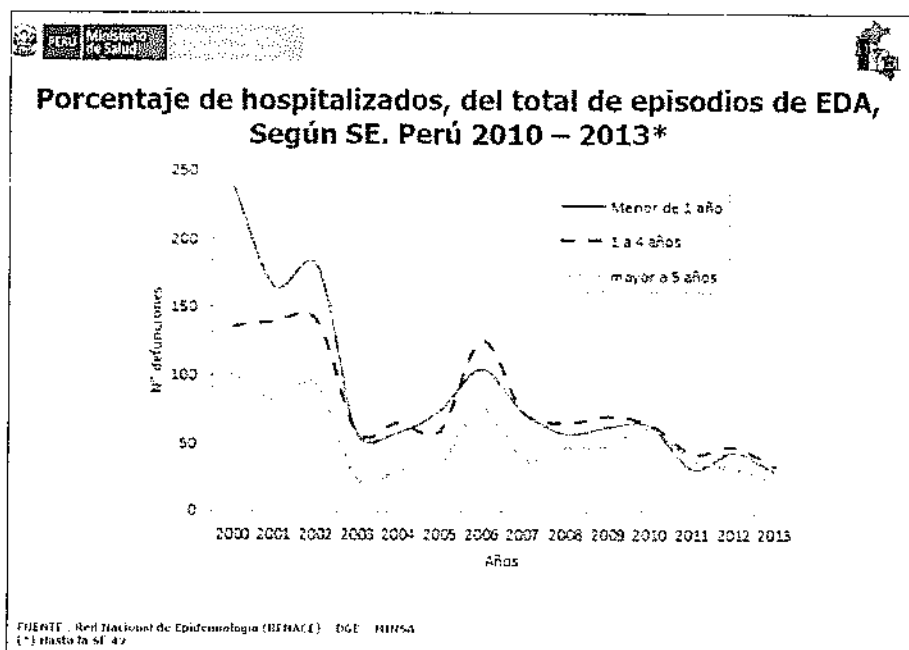
FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) - DGE - MINSA
 (**) Hasta la 52.ª

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

A nivel nacional, según ENDES, a nivel nacional el 12,3% de niñas y niños menores de cinco años de edad tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (12,8%) que en el área urbana (12,0%).

Por otro lado, la Dirección General de Epidemiología a través del sistema de vigilancia epidemiológica ha reportado tendencia a la disminución en la EDA así como la hospitalización por esta causa en menores de cinco años.





INCREMENTO DE LAS COBERTURAS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 36 MESES

El control de crecimiento y desarrollo es la intervención a través de la cual se estaría garantizando la consejería en lactancia materna, alimentación complementaria y el lavado de manos, como prácticas de probada efectividad para la reducción de la desnutrición crónica infantil y de ese modo lograr que más hogares adopten prácticas saludables para el cuidado y alimentación del niño.

El Control de Crecimiento y Desarrollo para niños menores de 3 años es el que más ha crecido en cobertura en el período 2007-2012 (112%), sin embargo según el informe preliminar del 1° semestre del 2013 de la ENDES, esta cobertura habría caído en 4.1 puntos porcentuales, observándose un incremento marcado en la selva rural 5.2 puntos porcentuales con relación al 2012.

PERU: PROPORCION DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Característica seleccionada	2005	2007 1/	2010	2011	2012	2013*	Variación 2012-2013
Total	25.0	24.0	40.0	47.3	50.8	46.7	-4.1
Área de residencia							
Urbana	27.8	23.9	37.7	43.3	46.8	42.6	-4.3
Rural	20.9	24.0	44.2	55.2	58.5	55.9	-2.6
Dominio							
Costa	33.9	26.7	34.7	39.9	42.3	39.4	-2.9
Lima Metropolitana	41.9	27.9	35.0	35.5	40.4	34.1	-6.3
Resto Costa	24.8	25.6	34.3	45.0	44.6	44.4	-0.1
Sierra	18.5	23.1	47.7	58.3	62.7	56.9	-5.8
Sierra rural	20.4	26.5	48.0	62.0	64.4	58.7	-5.7
Selva	19.1	18.4	37.8	45.9	61.1	61.8	0.7
Selva rural	19.5	15.3	34.1	41.4	60.3	55.5	-4.8
Educación de la madre							
Sin Nivel/Primaria	18.6	22.4	38.4	49.3	51.6	49.1	-2.5
Secundaria	26.1	21.4	37.7	45.5	50.7	46.0	-4.7
Superior	33.1	31.4	47.3	48.3	49.8	45.6	-4.3
Quintil de Bienestar							
Quintil inferior	16.6	21.6	42.4	53.3	55.3	52.0	-3.3
Segundo quintil	24.3	23.1	39.7	49.0	56.1	48.4	-7.7

Fuente: Instituto nacional de estadística e informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

En todas las regiones ha venido creciendo la cobertura del CRED desde el año 2007 aunque de manera bastante desigual. Regiones como Huancavelica y Ancash han logrado más del 70% de cobertura y Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Pasco y Puno más del 60%. La más retrasada es Ucayali con 39%. A su vez, las que más han crecido son Huancavelica (56.6p.), Pasco (49.2p.) y Ayacucho (49p.) y la de menor crecimiento Apurímac (7.3 p.)

En cuanto al desarrollo de normas y guías técnicas en salud infantil, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del programa de Tamizaje Neonatal Universal (Decreto Supremo N° 014-2013-SA).

Asimismo, en el Instituto Nacional Materno Perinatal:

- ✓ Se concluyó el Banco de Sangre Tipo II.
 - ✓ Cuenta con el Primer Banco de Leche Humana referencial, adscrito a la Red Iberoamericana de Bancos de Leche, iniciándose la capacitación para la implementación de bancos de leche humana en 4 regiones.
 - ✓ Se ha conformado la Red Nacional de Telesalud Materno Perinatal.
 - ✓ Se ha establecido el Programa Nacional de Asistencia Técnica Directa (ATD) EN Salud Materno Perinatal en nueve regiones.
- De otro lado, también se registran los siguientes logros:
- ✓ 06 regiones cuentan con directivas regionales para la emisión del Certificado de Nacido Vivo: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco y Huancavelica.

OBJETIVO GENERAL 02:

REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN MENORES DE 5 AÑOS CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN DE POBREZA Y EXTREMA POBREZA.

INMUNIZACIONES

El Programa Nacional de Inmunizaciones existió en el Perú desde 1972 hasta el año 2001, año en que la actividad se incorporó dentro del programa de atención integral de salud del niño, con fecha 27 de julio del 2004 fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones, por lo tanto la salud y por ende la prevención de enfermedades a través de vacunación son elemento crucial en el desarrollo de las naciones pobres, condicionando a su vez: un incremento en la producción, mejor educación, mejora en la inversión pública y; un impacto positivo en la demografía.

La Inmunización constituye uno de los Pilares de la Medicina Preventiva y Salud pública a nivel mundial y los países de las Américas han logrado avances extraordinarios en el



mejoramiento de los pueblos debido a la puesta en práctica de programas nacionales de inmunización, los que han conseguido poner bajo control, eliminación y erradicación enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación.

El Ministerio de Salud es responsable de definir las políticas nacionales de vacunación, establecer las normas generales y esquema nacional de vacunación para la administración de las vacunas, y abastecer a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) de las vacunas necesarias y otros insumos.

La cobertura promedio de vacunación en los niños menores de 01 año en nuestro país ha sido durante el último quinquenio cercana a 90%, siendo necesario alcanzar cifras superiores a 95% en todos los distritos de las DIRESA, y mejorar rápidamente la cifra menor que se reporta en niños de 01 y 04 años. Siendo fundamental contar con una adecuada Cadena de frío que asegure la conservación de las vacunas de calidad que adquiere el Estado Peruano.

Se han realizado reuniones técnico sanitarias y administrativas con las regiones, vía teleconferencia y talleres macrorregiones presenciales para el análisis de los procesos de las enfermedades inmunoprevenibles, su diagnóstico de laboratorio y del proceso de vacunación para la prevención y control de estas, y actualmente se encuentra en proceso el fortalecimiento del equipo nacional de análisis y monitoreo de los indicadores de la vacunación y del componentes de inmunizaciones del Programa Articulado Nutricional.

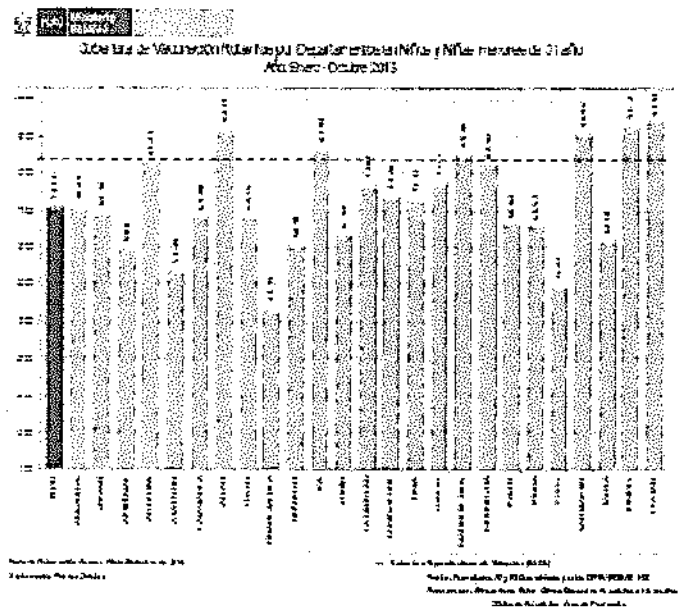
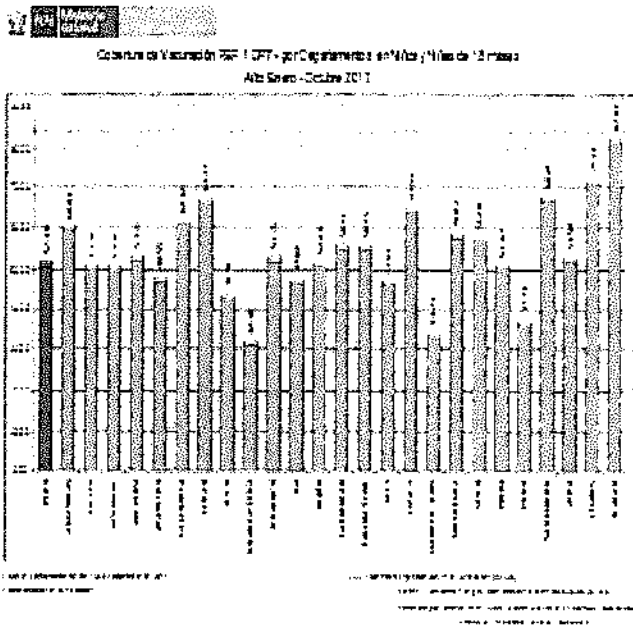
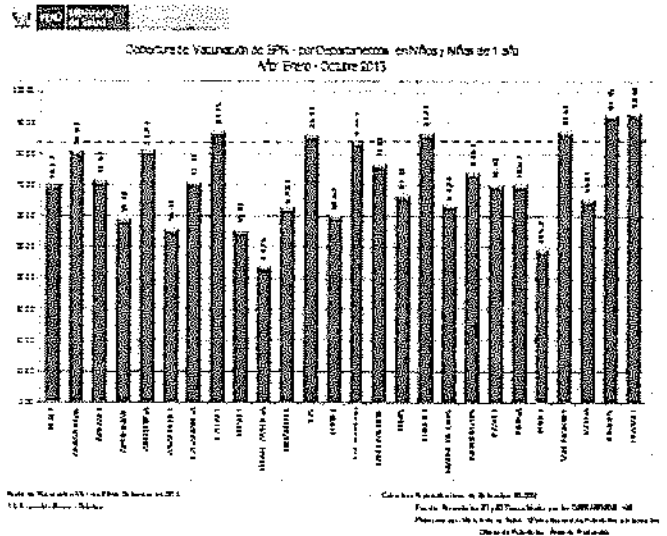
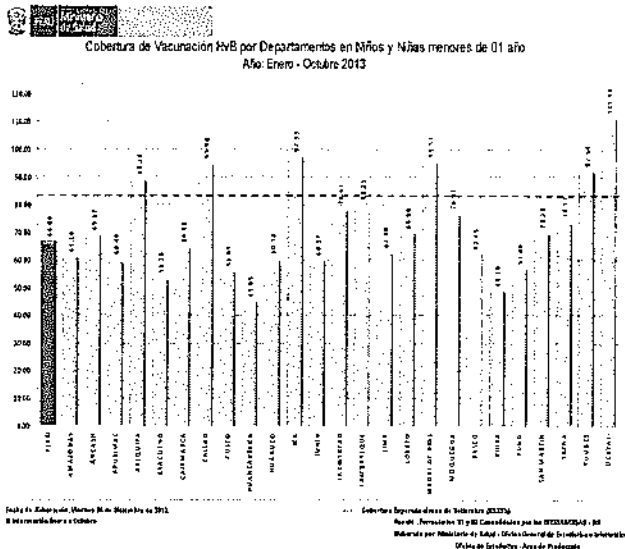
En niños de 1 año: vacuna SPR 70.12%, Neumococo 3era dosis 69.96%, y en VACUNACIÓN REGULAR:

Hasta el mes de octubre del año 2013, se tiene el siguiente avance de cobertura (Fuente: Oficina General de Estadística e Informática):

- ✓ En el recién nacido: BCG 77% y HvB 66.80%
- ✓ El menor de 1 año: vacuna pentavalente se ha alcanzado 71.72%, Antipolio oral 56.59%, Neumococo 2da dosis 76.13%, Rotavirus 71.14%, e Influenza 33.63%.
- ✓ Antiamarilica 51.83%, 1er refuerzo DPT 52.18%.



✓ Niños de 4 años: 2do refuerzo DPT 37.57% y 1er refuerzo de SPR 39.54%.

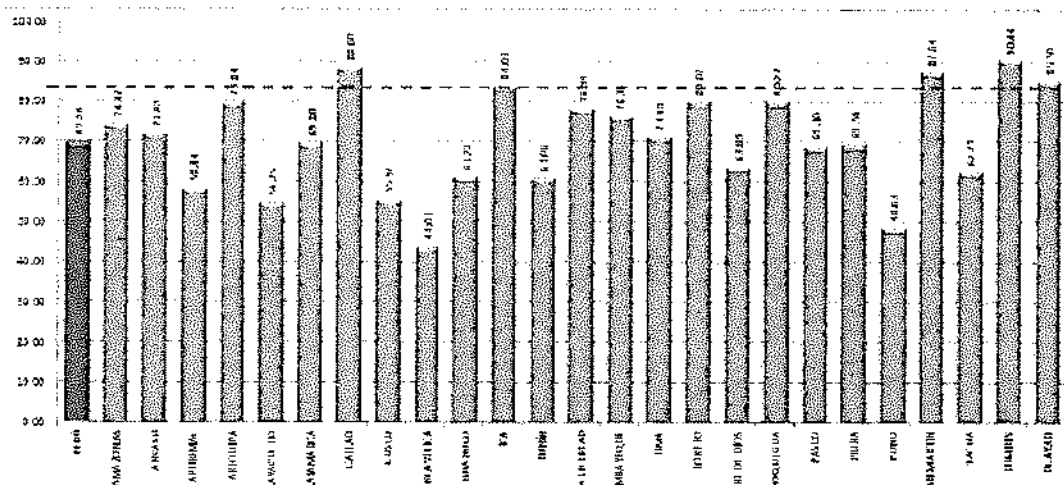


[illegible]





Cobertura de Vacunación Neumococo por Departamentos en Niños y Niñas de 01 año
Año: Enero - Octubre 2013



Fecha de Elaboración: Febrero 14 de Diciembre de 2013
Si seccion según Enero a Octubre

Cobertura Operativa al mes de Septiembre (83.53%)
Fuente: Formulario 501 y 502 Censos Regionales por las DIRECCIONES I. y II.
Elaboración por: M. I. T. de Salud - Oficina General de Estadística e Información
Cobertura de Estadística - Área de Vigilancia

Se realizaron Talleres de reuniones Macro Regionales para Hospitales y maternos infantiles y la Implementación de la Norma Técnica de Salud - Esquema de Vacunación Nacional de vacunación, cuyo objetivo es fortalecer las competencias de los profesionales de enfermería en el cumplimiento prioritario de los indicadores de BCG y HVB e Implementación de la Norma Técnica de calendario de vacunación IPV (Polio Intramuscular), fortalecimiento del manejo de Cadena de frío en todas las DIRESAs/GERESAs/DISAs del país, lográndose capacitar a 200 participantes.

Talleres Macro Regionales de la Implementación de la NTS080-V3 Agosto y Setiembre del 2013



Asimismo, se realizó el Taller de Capacitación en Refrigeración para fortalecer la cadena de frío, se capacitó a 80 Técnicos en Refrigeración de la DIRESA, GERESA, DISA, RED, Unidades Ejecutoras a Nivel Nacional, realizado en el Centro Referencias de Capacitación en Cadena de Frío (Tarapoto – San Martín), cuyo objetivo es contar con técnicos de cadena frío en refrigeración, con capacidad de realizar el mantenimiento preventivo especializado o reparaciones en casos de fallas de los equipos para restablecer la cadena de frío, estas acciones aseguran en buen funcionamiento de los equipos, aumentaran la vida útil de los equipos y aseguran la Inversión realizado por el MINSA.

De este modo, se asegura que todas las Regiones donde están instaladas las cámaras para la conservación de la vacunas, cuenten con un técnico calificado en refrigeración, así mismos las unidades ejecutoras o redes contarán con técnico en cadena de frío en refrigeración para el mantenimiento del 100% de los equipos del área de su jurisdicción, para ello las capacitaciones fueron destinadas a los técnicos de cadena de frío.

Semana de Vacunación en las Américas

La última semana de abril se desarrolló la Semana de Vacunación Nacional en el marco de la Semana de Vacunación de las Américas, priorizándose las actividades de vacunación en todo el país, dirigida con prioridad la vacunación a los niños menores de 5 años, de poblaciones alejadas y dispersas.

País	< de un año APO			< de un año Pentavalente			De 1 año SPR			De 4 año con ref. SPR		
	Meta	Avance	cob.	Meta	Avance	cob.	Meta	Avance	cob.	Meta	Avance	cob.
Perú	53,738.00	45,594.00	85	53,738.00	45,594.00	85	53,738.00	54,481.00	101	53,738.00	54,669.00	102

Entre los logros más importantes resaltan:

- ✓ A Nivel nacional se ha administrado 1'442,290 dosis para diferentes vacunas y grupos edad.
- ✓ Según la meta programada se llegó entre los rangos de 80 a 102% de cobertura de vacunación para los grupos de edad de menores de 1 año y 1 año de edad.
- ✓ El 38% (13/34) de los distritos fronterizos tienen coberturas para la vacuna SPR en niños y niñas de 1 año de edad fueron óptimas.
- ✓ La SVA permitió captar a niños que no fueron vacunados.
- ✓ En la SVA se notificaron 06 casos de ESAVI entre moderado y severos, con evolución favorable.
- ✓ Se realizó la capacitación y sensibilización a través de 04 reuniones macro regionales con énfasis vacunación segura.
- ✓ Se aplicó encuestas y como resultados de estas, mujeres entre 15 y 49 años de edad refirieron que el 85% (621) tenían un grado de conocimiento sobre la vacunación, 79%(575) escucharon mensajes recientemente de la SVA y 33%



(238) se enteraron por el medio de difusión de radio, el 24% (175) por medio de perifoneo y el 22% (159) a través del establecimiento de Salud, una vez conocido el 37% (269) llevaron a sus hijos para que le vacunaran y el 34% (243) revisó el carné de vacunación.



En el Taller Fortalecimiento de competencias a Técnicos de Cadena de Frío, en Instalación de Refrigeradoras Solares, cuyo objetivo fue capacitar a técnicos en Instalación, mantenimiento y reparación de Refrigeradoras Solares, se logró capacitar a 90 técnicos de cadena de frío del ámbito nacional de las Regiones y Redes de Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La libertad, Lambayeque, Lima Región, Loreto, Loreto-Yurimaguas-DATEM, Madre de Dios, Moquegua, Pasco – Oxapampa, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali, los cuales fueron beneficiados, con refrigeradores solares, dicho taller se realizó en el Centro Referencial de Capacitación, ubicado en la Región de San Martín.

Técnicos de Cadena de Frío, capacitación en Instalación de Refrigeradoras Solares julio del 2013

Capacitadores de la Empresa de DULAS, impartiendo conocimientos en instalación de refrigeradoras solares



Técnicos de cadena de frío adquiriendo conocimientos en instalación de Refrigeradoras Solares



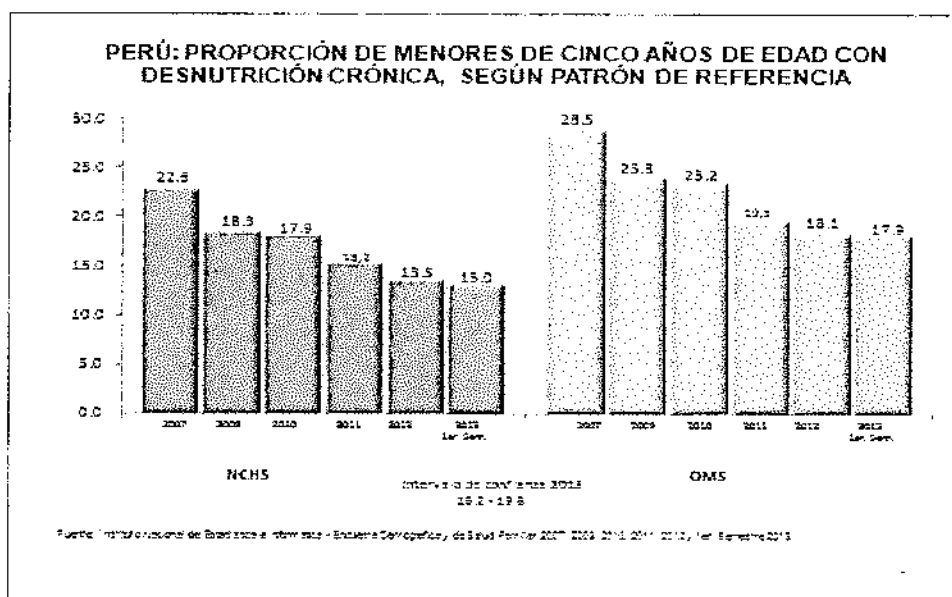
Técnicos de cadena de frío en práctica de instalación de cadena de frío bajo la supervisión del capacitador de DULAS



- ✓ Se gestionó la compra de 977 refrigeradores solares para ser distribuidos a nivel nacional a todos los establecimientos que no cuentan con energía eléctrica, dichos establecimientos están ubicados en áreas muy dispersas de difícil acceso o ubicados principalmente en las Rivera de la amazonia¹.
- ✓ Se adquirieron 6,360 Refrigeradoras Ice Line y 6,160 congeladores que han ingresado al país.
- ✓ Se coordinó con la Dirección de Abastecimientos de Recursos Estratégicos – DARES para que los equipos que llegaron al país sean distribuidos a Nivel Nacional de acuerdo al objetivo de la Estrategia.

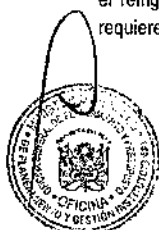
DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 1° semestre, muestran una mínima reducción del nivel de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad en el país, el mismo que disminuye en 0,2 puntos porcentuales, de 18.1% en el año 2012 a 17.9% en el año 2013, debemos señalar que la reducción es menor que el año anterior (1,4%), de acuerdo a estos resultados podemos afirmar que en el 2013, 1 de cada 5 niños tiene desnutrición crónica.



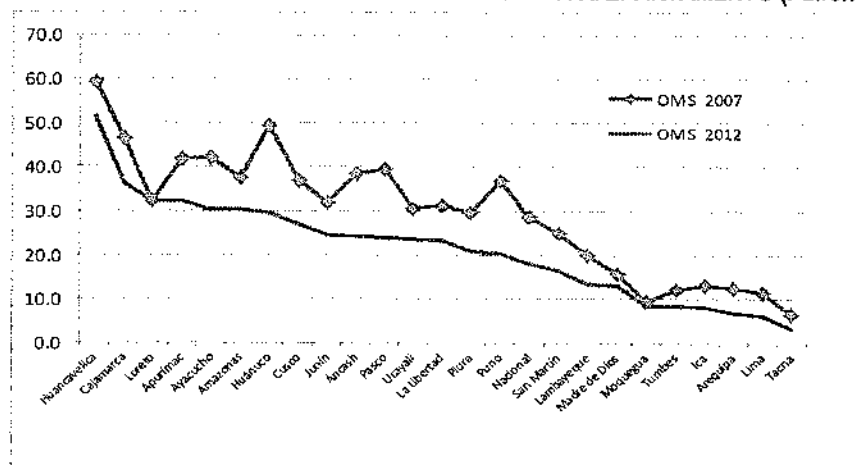
La evolución de la desnutrición crónica por departamentos se distribuye desigualmente en el conjunto del territorio y podemos ver que entre el año 2007 y el 2012, en el conjunto

¹ Para la operatividad de los equipos se requiere de una instalación especializada que consiste en instalar paneles solares en forma adecuada con ángulo y orientación adecuada para la captación solar, que recarguen adecuadamente las baterías, controlar la carga, sistema pozo tierra y el refrigerador solar con dos compresores para el gabinete de refrigeración y para el gabinete de congelación respectivamente, por lo cual requiere ser instalado con técnicos de cadena de frío capacitados.



del país, ha disminuido la intensidad de la desnutrición crónica. En el año 2012, la mayoría se ubica entre 20% y 35% quedando sólo Huancavelica a un nivel un poco mayor del 50%. Asimismo hay dos departamentos relativamente estancados: Loreto y Moquegua.

PERU: EVOLUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR DEPARTAMENTO (Patrón OMS)



Fuente: Instituto nacional de estadística e informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

INCREMENTO DE LA PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 06 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

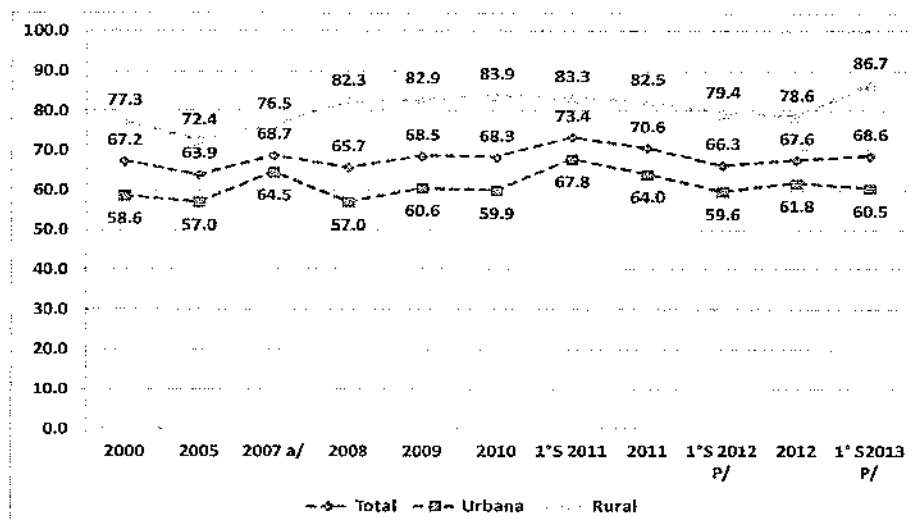
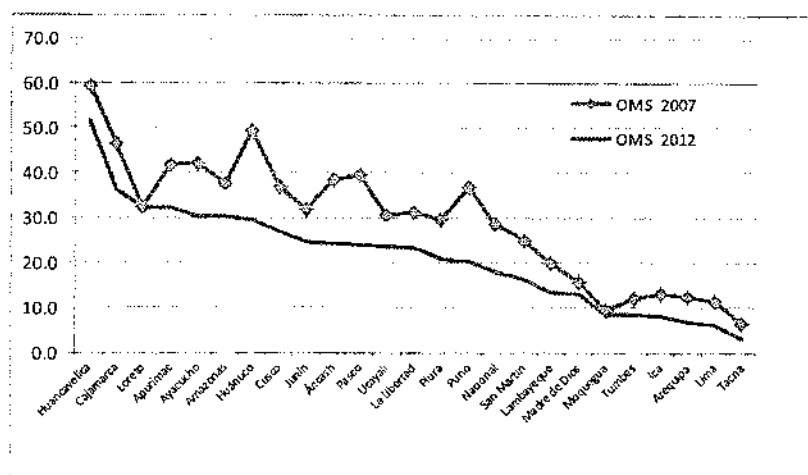
La práctica de la Lactancia materna, es decisiva para lograr dos de los principales objetivos nacionales en relación a la supervivencia, salud, nutrición y desarrollo infantil: la reducción de la desnutrición crónica y la mejora de la salud materna neonatal, incluyendo la reducción de la mortalidad neonatal y crear mejores condiciones para obtener éxito durante la vida escolar de los niños.

Los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1° semestre, muestran que en el año 2013 más de dos tercios de las madres alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna (68,6%), esta práctica es mayor en el área rural (86.7%) que en el área urbana (60,5%).

Entre los años 2011 y 2012, la prevalencia de la lactancia materna revela que tanto en el área urbana como rural esta práctica disminuye, en el área urbana 2,5 puntos porcentuales (de 64,0% a 61,5%) y en el área rural 3,8 puntos porcentuales (de 82,5% a 78,7%), sin embargo los resultados del 1° semestre 2013 evidencia un incremento de 1 punto porcentual en comparación al 2012 siendo mayor este incremento en la zona rural (2,1%).



PERU: EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE MENORES DE SEIS MESES CON LACTANCIA EXCLUSIVA POR ÁMBITO DE RESIDENCIA



Fuente: INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

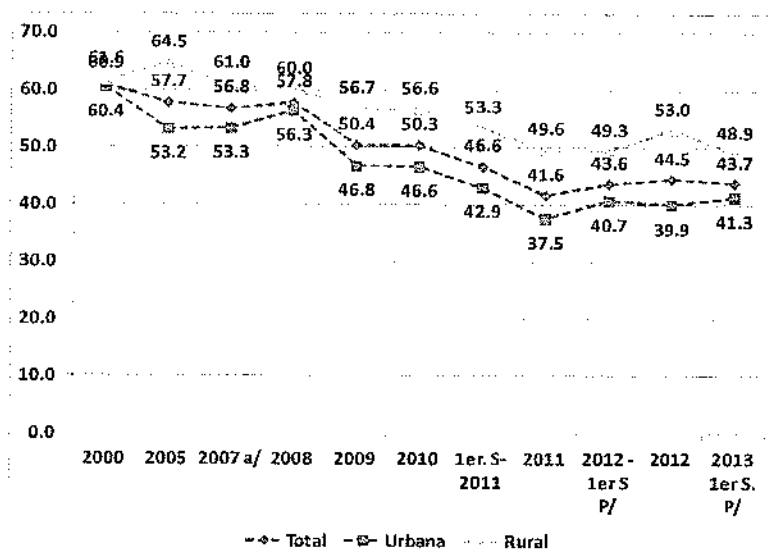
DISMINUCIÓN DE LA ANEMIA EN MENORES DE 36 MESES:

La anemia por deficiencia de hierro, es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (43.7%), siendo mayor en el área rural (49,9%) que en el área urbana (41,3%) en el año 2013.



Entre los años 2011 y 2012, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad pasó de 41,6% a 44,5%; en el área urbana de 37,5% a 40,0% y en el área rural de 49,6% a 53,1% en el mismo periodo de análisis, en el 2013 de acuerdo a los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1° semestre se observa una disminución marcada en el área rural y en el quintil inferior de bienestar de 4,1 y 5.5 puntos porcentuales, respectivamente.

PERU: PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA,
POR ÁMBITO DE RESIDENCIA



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

PERU: PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA

Característica seleccionada	2007	2009	2010	2011	2012	2013*	Variación 2012-2013
Total	56.8	50.4	50.3	41.6	44.5	43.7	-0.8
Área de residencia							
Urbana	53.3	46.8	46.6	37.5	39.9	41.3	1.4
Rural	61.0	56.7	56.6	49.6	53.0	48.9	-4.1
Dominio							
Costa	50.3	43.4	41.5	32.4	36.9	39.1	2.2
Lima Metropolitana	49.1	43.1	42.8	26.2	32.9	37.7	4.8
Resto Costa	51.2	43.7	40.4	39.3	41.1	40.5	-0.6
Sierra	65.7	59.8	60.1	61.7	51.8	48.6	-3.2
Sierra rural	67.7	61.9	63.1	63.3	53.7	52.9	-0.8
Selva	52.4	47.6	52.5	47.2	50.6	49.1	-1.5
Selva rural	47.4	48.3	51.9	45.2	51.2	47.8	-3.4
Educación de la madre							
Sin Nivel/Primaria	61.6	57.7	57.1	48.4	53.0	45.4	-6.6
Secundaria	59.6	49.4	50.6	43.0	45.4	46.2	0.8
Superior	42.9	41.5	39.9	30.2	31.7	35.5	3.8
Quintil de Bienestar							
Quintil inferior	63.1	55.4	59.4	50.0	52.8	47.4	-5.4
Segundo quintil	60.9	56.9	54.6	47.8	50.3	50.5	0.2

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

En el año 2012, el porcentaje de niños y niñas entre 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro, disminuyó a nivel nacional debido a la poca disponibilidad de Sulfato Ferroso en los establecimientos de salud, lo cual explicaría el aumento de la anemia para ese periodo, de acuerdo a los resultados preliminares de las ENDES 1° semestre 2013, la proporción de niños que recibieron suplemento de hierro se ha incrementado en 3 puntos porcentuales.

PERU: PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES QUE RECIBEN SUPLEMENTO DE HIERRO

Característica seleccionada	2007	2009	2010	2011	2012	2013*	Variación 2012-2013
Total	12.3	14.1	18.4	17.0	19.6	22.7	3.1
Área de residencia							
Urbana	13.0	12.6	16.2	14.1	17.0	20.5	3.5
Rural	11.4	17.0	22.4	22.7	24.6	27.6	3
Dominio							
Costa	12.2	12.7	14.5	13.9	16.5	19.0	2.5
Lima Metropolitana	11.4	13.1	13.3	14.4	15.9	(17,7)	1.8
Resto Costa	12.8	12.3	15.8	13.3	17.2	20.2	3
Sierra	12.5	15.9	26.2	21.6	24.7	28.4	3.7
Sierra rural	12.9	17.7	28.8	26.2	28.6	30.5	1.9
Selva	11.6	14.1	11.8	16.3	18.3	24.0	5.7
Selva rural	8.6	14.4	11.9	17.2	19.1	(21,7)	2.6
Educación de la madre							
Sin Nivel/Primaria	13.1	15.8	20.2	18.7	21.9	23.6	1.7
Secundaria	11.9	13.4	16.2	15.3	18.2	21.1	2.9
Superior	11.3	13.2	20.3	17.8	19.4	24.6	5.2
Quintil de Bienestar							
Quintil inferior	10.0	17.5	22.7	23.3	25.3	24.1	-1.2
Segundo quintil	16.4	13.8	19.2	17.0	21.1	26.1	5

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

De acuerdo a la ENDES 2013, la suplementación con hierro a niños de 6 a menos de 36 meses se ha incrementado a 22.7% en comparación con el año 2012 (19.6%), siendo mayor en el área rural de 27.6% que en zona urbana (20.5%).

La mayor proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro es la sierra rural 30.5% mientras que la más baja es Lima Metropolitana 17.7%.

Cabe mencionar que la proporción de niños que recibieron suplemento con hierro ha disminuido en el quintil inferior de 25.35 en el 2012 a 24.1% en el I semestre del 2013.

OBJETIVO GENERAL 03:

DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA

SALUD OCULAR:

La Salud Ocular en el Perú, según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Oftalmología – INO - existe aproximadamente 160,000 ciegos y unas 600,000 personas que sufren de alguna discapacidad visual, comprometiendo la calidad de vida, el desarrollo integral de las personas.

A nivel de Latinoamérica se estima en 3 millones la cifra de ciegos, 60% debido a catarata y vicios de refracción, un 20% por glaucoma, retinopatía diabética y de la prematuridad, de los cuales el 70% de ellos se encuentra en situación de pobreza y extrema pobreza. Ante el



incremento de la demanda del problema de salud ocular, el Ministerio de Salud ha creado la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera (Resolución Ministerial N° 712-2007/MINSA), donde se enfatiza la atención integral e intervenciones de prevención, atención y recuperación, optimizando al máximo los recursos humanos y tecnológicos, que permita atender sanitariamente a toda persona sobre su salud ocular.

En salvaguarda de las Políticas Nacionales del Estado y del Sector, se considera a los problemas de discapacidad visual (errores refractivos y ceguera por catarata) como intervención priorizada, bajo el lema *Te Veo Bien*, buscando fortalecer las intervenciones sanitarias consideradas como productos en el marco de los Programas Presupuestales, en 2 grupos vulnerables: niños de 6 a 11 años y adultos mayores de 50 años en situación de pobreza y pobreza extrema.

Avances 2013

Errores Refractivos:

Año	Población a beneficiar	Avance parcial a Octubre 2013
2013	191,400 niños de 06 a 11 años tamizados	N° de niños tamizados: 352,149 (184%)
	4,917 niños con lentes	N° de niños con lentes: 5,202 (105.8%)

*Información remitida por las Regiones y DISAs de Lima al mes de octubre 2013 de manera parcial.

Cirugía de Catarata:

Año	Población a beneficiar	Avance parcial a Octubre 2013
2013	238,700 adultos mayores evaluados	N° de Personas tamizadas: 127,650 (53.5%)
	18,700 personas operadas por cataratas como Sector (MINSA: 9,852)	N° de cirugías: 5,942 (*Sector: 31.8% MINSA: 60.3%)

*Información remitida por las Regiones y DISAs de Lima al mes de octubre 2013 de manera parcial

METALES PESADOS:

En nuestro país entre los principales agentes contaminantes identificados tenemos: el plomo, mercurio, aluminio, arsénico, magnesio, manganeso, hierro, cobre, cianuro. Agregándose a estos metales pesados el dióxido de azufre y el ácido sulfúrico (R.M. N° R.M. N° 525-2005/MINSA). Adicionalmente a ello tenemos la presencia cada vez mayor de las poblaciones ubicadas dentro del área de influencia de las actividades productivas entre ellas la minería y el mayor conocimiento sobre el impacto ambiental y los riesgos a la salud ocasionados por los diferentes metales pesados y otras sustancias químicas generó la



preocupación del Ministerio de Salud por las formas de proteger la salud de las poblaciones en riesgo y enfrentar los problemas de salud existentes, creando mediante R.M. N° 425 -2008-MINSA, la Estrategia Sanitaria Nacional de Atención a Personas Afectadas por Contaminación con Metales Pesados y otras Sustancias Químicas, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, situación que aún continúa hasta que se concluya el proceso de reestructuración de las Estrategias Sanitarias Regionales, según la R.M. N° 525-2012/MINSA.

Sobre la meta física programada a nivel nacional se ha logrado un avance de 78.4% a diciembre del 2013, lo que corresponde a 12,484 personas expuestas a metales pesados atendidas en el primer nivel de atención.

EJECUCIÓN DE METAS FÍSICAS REGIONAL - METALES PESADOS

Gobiernos regionales	Meta Física 2013	Ejecutado a Noviembre 2013 (Evaluación Integral en el 1° nivel de Atención)	% Avance
441: GOBIERNO REGIONAL ANCASH	3,324	1,807	54.4%
442: GOBIERNO REGIONAL APURIMAC	320	150	46.9%
443: GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA	600	125	20.8%
444: GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	450	450	100.0%
445: GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	584	145	24.8%
446: GOBIERNO REGIONAL CUSCO	350	260	74.3%
447: GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA	700	700	100.0%
448: GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	800	800	100.0%
449: GOBIERNO REGIONAL ICA	450	378	84.0%
450: GOBIERNO REGIONAL JUNIN	768	768	100.0%
451: GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	894	606	67.8%
452: GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	300	10	3.3%
453: GOBIERNO REGIONAL LORETO	700	0	0.0%
454: GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	280	320	114.3%
455: GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA	250	250	100.0%
456: GOBIERNO REGIONAL PASCO	985	757	76.9%
457: GOBIERNO REGIONAL PIURA	600	1,015	169.2%
458: GOBIERNO REGIONAL PUNO	320	168	52.5%
460: GOBIERNO REGIONAL TACNA	120	98	81.7%
461: GOBIERNO REGIONAL TUMBES	120	0	0.0%
463: GOBIERNO REGIONAL LIMA	1,407	2,604	185.1%
464: GOBIERNO REGIONAL CALLAO	1,600	1,073	67.1%
Total	15,922	12,484	78.4%

Asimismo se han realizado:

- ✓ Fortalecimiento de competencias del personal mediante 13 asistencias Técnicas dirigidas a equipos técnicos de las Direcciones Regionales sobre atención de las personas en riesgo de exposición e intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas a DIRESAS: Huánuco, Junín, La Libertad,



Puno, Tacna, Pasco, Cusco, Ancash, Huancavelica, DIRESA Lima, Madre de Dios, Ucayali, Arequipa y Ayacucho, se logró capacitar a un total de 320 profesionales de la salud de las Redes y Micro redes de Salud, que identificaron riesgos de exposición a Metales pesados.

- ✓ Fortalecimiento del personal en primer nivel de atención a través de pasantías programadas en DIRESA Callao (Junín, Apurímac, Tacna, Pasco, Ica y Puno).
- ✓ Aprobación de Guías de Prácticas clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación por Mercurio y Cadmio, aprobada con RM N° 757-2013/MINSA.
- ✓ Capacitación en valoración clínica, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación metales pesados y otras sustancias químicas a un total de 52 médicos de las diferentes regiones del país.

SALUD MENTAL:

El 27 de julio del 2004, por Resolución Ministerial 771-2004/MINSA se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, junto a otras nueve Estrategias, para lograr objetivos funcionales como son la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población, el entorno saludable para toda la población, la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz ha sido elaborada en base a los Lineamientos para la Acción en Salud Mental -que tiene como objetivo brindar orientación para constituir las bases de planificación de las acciones de salud mental en el país- y siguiendo las pautas establecidas en el documento del Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS.

Con el objetivo de contribuir en la disminución de la prevalencia de problemas y trastornos de salud mental en la población peruana con énfasis en la de pobreza y extrema pobreza, la Dirección de Salud Mental en el marco de la reforma de salud viene implementando la estrategia de reorientación de los servicios de salud mental hacia la comunidad, lo que implica insertar el componente de salud mental desde el primer nivel de atención, para lo cual en el año 2013 ha desarrollado asistencias técnicas, seguimiento y monitoreo de las acciones y estrategias que con este propósito se vienen implementando en las regiones a nivel nacional, así como la evaluación y análisis de las metas programadas y la formulación de documentos normativos.

Al mes de octubre del 2013, se ha atendido a 494,757 personas con trastornos mentales y de comportamiento en los diferentes establecimientos de salud. Considerando que en el año 2012 se atendieron en el mismo periodo de tiempo 394,286 personas se evidencia un incremento del 25.49% de atendidos.



Al mes de diciembre del 2013, se ha proyectado atender a un total de 593,744 personas en los diferentes establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

Casos como valores	ENE-13	FEB-13	MAR-13	ABR-13	MAY-13	JUN-13	JUL-13	AGO-13	SET-13	OCT-13	2013
(F00 - F09) TRASTORNOS MENTES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	1,374	1,377	1,336	1,511	1,333	1,409	990	1,093	1,152	1,205	12,780
(F10 - F19) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1,271	1,122	1,205	1,323	1,260	1,387	1,397	1,246	1,332	1,536	13,079
(F20 - F29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTIPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES	2,381	1,959	2,339	2,461	2,565	2,504	2,086	2,140	1,841	2,418	22,694
(F30 - F39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	11,462	10,890	11,468	12,803	11,353	10,962	10,913	10,123	10,883	11,100	111,957
(F40 - F48) TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRES Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	16,131	14,533	14,873	16,608	15,328	14,697	13,455	13,001	14,308	14,207	147,141
(F50 - F59) SINDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLOGICAS Y FACTORES FISICOS	561	564	624	658	678	605	661	572	659	669	6,251
(F60 - F69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	1,267	1,204	1,346	1,513	1,761	2,300	2,000	2,029	1,859	2,304	17,583
(F70 - F79) RETRASO MENTAL	1,128	1,175	1,210	1,466	1,200	1,144	883	876	951	1,042	11,075
(F80 - F89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	8,347	9,394	9,744	11,035	10,657	10,363	10,447	9,875	10,532	9,013	99,407
(F90 - F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO APARECEN HABITUAL EN NIÑEZ Y EN ADOLESCEN	5,981	5,876	4,911	5,753	5,597	5,436	5,196	4,553	4,344	4,829	52,476
(F99) TRASTORNOS MENTAL NO ESPECIFICADO	24	19	15	18	25	28	43	81	42	49	344
CAPITULO V: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	49,927	48,113	49,071	55,149	51,757	50,835	48,071	45,589	47,903	48,372	494,787

De enero a octubre del año 2013, se han realizado 2'813,058 tamizajes. Considerando que en el año 2012 se realizaron en el mismo periodo de tiempo 1'614,987 tamizajes, se tendría un incremento del 74.19% de tamizajes realizados. A diciembre del año 2013 se ha proyectado realizar un total de 3'375,669 tamizajes.

Casos como valores	ENE-13	FEB-13	MAR-13	ABR-13	MAY-13	JUN-13	JUL-13	AGO-13	SET-13	OCT-13	2013
TAMIZAJES	221,455	223,996	246,214	268,883	243,060	273,190	284,576	293,075	307,605	300,327	2,662,381
TAMIZAJES POSITIVOS	7,838	9,462	12,220	15,908	14,873	16,528	17,782	16,808	18,839	16,208	146,466
TAMIZAJES VIOLENCIA POLITICA	278	295	404	269	342	426	307	489	763	638	4,211
TAMIZAJE	229,571	233,753	258,838	285,060	258,275	290,144	302,665	310,372	327,207	317,173	2,813,058



Implementación del Plan de Intervención contra el Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes

A partir de la realización del PRIMER CONGRESO DE ADOLESCENTES, con la participación de 500 alumnos de diferentes colegios de Lima y Callao, se inició en coordinación con DEVIDA la implementación del Plan de intervención contra el consumo de alcohol y otras drogas adolescentes.

Se ha realizado la intervención en los Colegios Diego Ferré, Teresa González de Fanning, Alfonso Ugarte, Juana Alarco de Dammert, Gabriela Mistral y Trilce, beneficiando a 1,300 alumnos. Además en las Regiones de Arequipa, Junín y Lambayeque.

Implementación de servicios diferenciados en el primer y segundo nivel de atención

Módulos de Salud Mental con énfasis en Adicciones

En coordinación con DEVIDA, en el año 2013 se ha incrementado en 03 Módulos de Atención en Salud Mental con énfasis en adicciones en el primer y segundo nivel de atención, en todas las regiones del país, con el fin de fortalecer la prevención, la detección y la atención de los casos relacionados al consumo de alcohol y otras drogas. A la fecha se cuenta con 190 Módulos.

DIRESA/GERESA	NÚMERO
Amazonas	5
Ancash	6
Apurímac	6
Arequipa	16
Ayacucho	7
Cajamarca	1
Callao	10
Cusco	5
Huancavelica	1
Huánuco	10
Ica	3
Junín	7
La Libertad	11
Lambayeque	13
Lima Región	5
Lima Ciudad	7
Loreto	2
Madre de Dios	8
Moquegua	10
Pasco	1
Piura	13
Puno	5
San Martín	13



Tacna	12
Tumbes	5
Ucayali	8
Total	190

Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS)

Actualmente se cuenta con 51 Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS), los cuales brindan una atención diferenciada a los menores que son víctima de violencia. Se viene implementado la Directiva Sanitaria que regula el funcionamiento de los MAMIS en todas las regiones de nuestro país.

DISA/DIRESA/GERESA	Nº	REGIÓN
Lima Sur	03	
Lima Este	03	
Lima Ciudad	04	
DIRESA Lima	03	Lima
Callao	02	Callao
Ica	06	Ica
Cusco	02	Cusco
Apurímac I	05	Apurímac
Ayacucho	02	Ayacucho
Madre de Dios	02	Madre de Dios
Arequipa	04	Arequipa
Pasco	01	Pasco
Loreto	01	Loreto
La Libertad	01	La Libertad
Ucayali	02	Ucayali
Lambayeque	01	Lambayeque
Tumbes	01	Tumbes
Cajamarca	01	Cajamarca
Huancavelica	05	Huancavelica
Puno	01	Puno
Amazonas	01	Amazonas
TOTAL	51	

184 Brigadas de Intervención en Emergencias y Desastres: brindan atención en situaciones de emergencias y desastres, además ofrecen acompañamiento psicoemocional a las víctimas y diagnosticando y tratando las patologías psiquiátricas detectadas.

Están distribuidas en las diferentes regiones del país: Tumbes 05 brigadas, Lambayeque 03 brigadas, Ancash 01 brigada, Lima 91 brigadas, Huancavelica 03 brigadas, Ica 06 brigadas, Ayacucho 03 brigadas, Arequipa 02 brigadas, Apurímac 04 brigadas, Moquegua 07 brigadas, Amazonas 01 brigada, Huánuco 03 brigadas, Ucayali 02 brigadas, Cerro de Pasco 03 brigadas, Junín 04 brigadas, Madre de Dios 01 brigada, Cuzco 10 brigadas, Puno 02 brigadas, Tacna 04 brigadas.

SALUD BUCAL:

Con el objeto de solucionar el estado deficiente de Salud Bucal en el Perú, el Gobierno Peruano emitió la Resolución Ministerial N° 538-2005/MINSA, considerando que la salud bucal en nuestra población atraviesa una situación crítica debido principalmente a la alta prevalencia de patologías Odontoestomatológicas, por lo que en el marco de las mencionadas políticas y estrategias, es necesario implementar un Plan Nacional, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención en Salud Bucal.

Logros Sanitarios:

- ✓ Implementación en el 90% de las Regiones del país del Plan Nacional de Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles "Vuelve a Sonreír", aprobado con Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA, entregándose al mes de Octubre del 2013, 3972 prótesis dentales a los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema.
- ✓ 59,529 Adultos Mayores en situación de pobreza y pobreza extrema con atención odontológica en el marco de la implementación de Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA.
- ✓ Desde el lanzamiento del plan en el mes de mayo del 2012, se han entregado 10,610 prótesis dentales a nivel nacional y se han realizado 100,044 atenciones a adultos mayores en situación de pobreza y pobreza.
- ✓ 1'779,459 atendidos en Salud Bucal a nivel nacional.
- ✓ 5'409,234 de atenciones en Salud Bucal a nivel nacional.
- ✓ Se ejecutó la evaluación de las enfermedades prevalentes de Salud Bucal (caries dental, fluorosis del esmalte, enfermedad periodontal, mal oclusión y disfunción), factores de riesgo y necesidad de tratamiento en la población escolar de 3-15 años, en todas las regiones del país y Lima Metropolitana.
- ✓ Se examinó un total de 14,517 escolares de IE públicas y privadas del ámbito urbano y rural a nivel nacional.



ATENDIDOS EN SALUD BUCAL	ATENCIONES DE SALUD BUCAL
1'779,459	5'409,234

N° DE PROTESIS ENTREGADAS	N° DE ADULTOS MAYORES CON ATENCION ODONTOLOGICA
10,610	100,044



DEPARTAMENTO	URBANO	RURAL
	N° de alumnos a muestrear	N° de alumnos a muestrear
AMAZONAS	283	263
ANCASH	269	207
APURIMAC	326	241
AREQUIPA	423	78
AYACUCHO	342	192
CAJAMARCA	221	367
CALLAO	502	0
CUSCO	352	221
HUANCAVELICA	213	319
HUANUCO	265	285
ICA	471	62
JUNIN	305	232
LA LIBERTAD	332	166
LAMBAYEQUE	411	123
LIMA CIUDAD	427	0
LIMA ESTE	518	0
LIMA PROVINCIAS	402	141
LIMA SUR	528	0
LORETO	323	234
MADRE DE DIOS	376	112
MOQUEGUA	416	114
PASCO	323	215
PIURA	320	190
PUNO	374	201
SAN MARTIN	360	199
TACNA	277	82
TUMBES	302	82
UCAYALI	340	190
TOTAL	10,001	4,516

Fuente: Aplicativo Vuelve a sonreír – HIS – SIS Octubre 2013

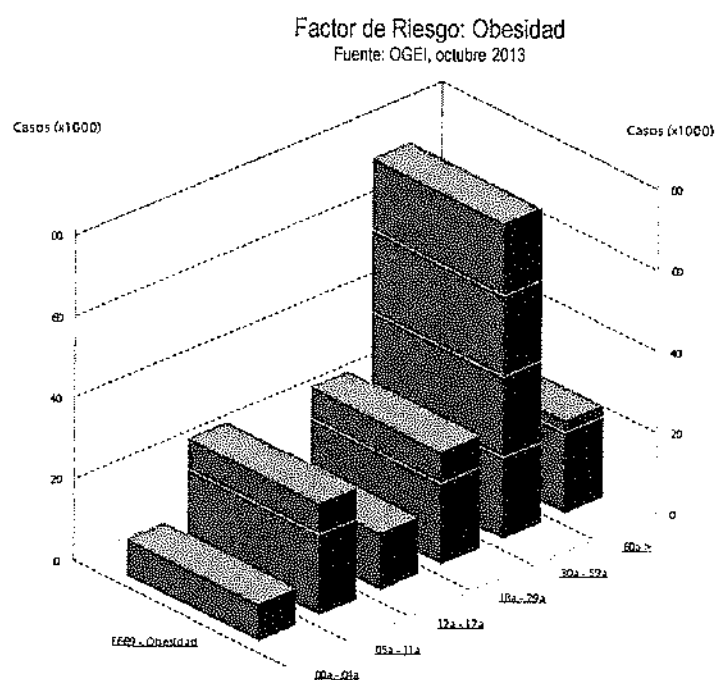
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, establecida con Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el país, en el marco de la Atención Integral de Salud. Actualmente constituyen un problema de salud pública en el mundo, y su mayor prevalencia es en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo como el nuestro, donde el cambio de nuestra pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como el cáncer, la diabetes mellitus, hipertensión arterial y ceguera.

En el año 2012, se han realizado 1'605,735 Tamizajes de Factores de Riesgo en las diferentes etapas de vida, dentro de los cuales se ha identificado principalmente problemas relacionados con la dieta y hábitos alimenticios inapropiados, obesidad,

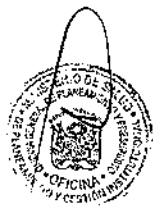


Dislipidemia y adiposidad localizada. Asimismo, hasta el mes de octubre del 2013, se han realizado 1'594,755 Tamizajes de Factores de Riesgo, que, en comparación al año 2012, es el 99.32% a comparación de lo realizado en el año anterior, lo que significa una mejora en la oportunidad de atención e identificación de factores de riesgo en la población para las enfermedades no transmisibles, como es la obesidad para la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, siendo las regiones Piura, Puno, Ancash, La Libertad, Arequipa y Ayacucho las de mayor valoración Clínica de Factores de Riesgo.



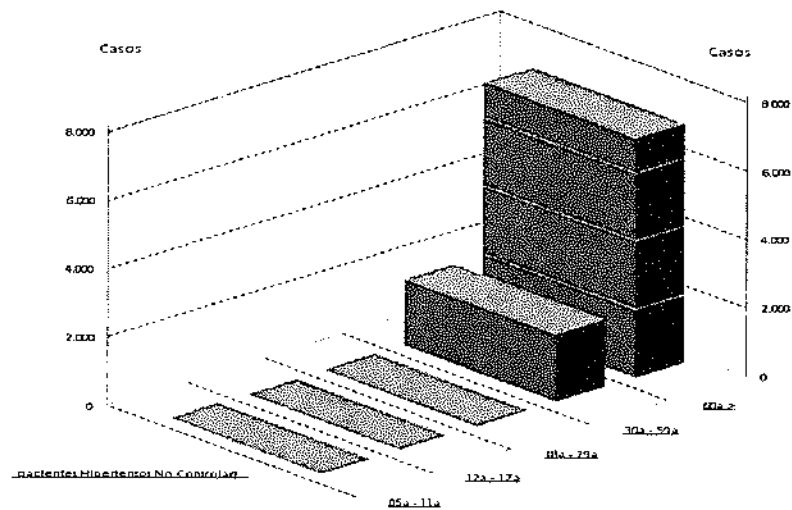
Tratamiento y Control de Hipertensión Arterial:

Durante el año 2012, se han registrado 2,041 tratamientos a pacientes con Hipertensión Arterial. Asimismo hasta el mes de octubre 2013, se han registrado 9,065 tratamientos a pacientes con Hipertensión Arterial, observándose un incremento en la administración del tratamiento del 344%, siendo las regiones de Loreto, La Libertad, Piura, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Ica y Apurímac con mayor número de intervenciones en el tratamiento de pacientes con Hipertensión Arterial y en especial consideración en las etapas de vida adulto y adulto mayor.



Administración de tratamiento de Diabetes Mellitus durante el año 2013

Fuente: OGEI, octubre 2013



Acciones realizadas por la ESN Prevención y Control Daños No Transmisibles

Seminario Educación y Prevención "Abordando la Diabetes desde el Primer Nivel de Atención" 13 Noviembre



Campaña de Salud Educación y Prevención 14 Noviembre



Problemática del cáncer

En el marco de los lineamientos de reforma del sector salud, la cobertura integral de las personas que tienen cáncer es una política pública que responde a las necesidades de la población en un tema muy sensible por su connotación cultural, socioeconómica y por el avance tecnológico ligado al tratamiento actual.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad general en el país, luego de las enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Panamericana de la Salud, el 45% de las muertes por cáncer a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1,2 millones en 2008 hasta 2,1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida.

El Cáncer en el Perú comprende un grupo de más de 100 patologías, el número de AVISA perdidos por cáncer (Tumores malignos) es de 418,960 que constituye el 8.0% de la carga de enfermedad nacional, afectando a toda la población en el ámbito nacional, los indicadores epidemiológicos se encuentran en incremento, para el período 2006-2010, la vigilancia epidemiológica de cáncer muestra que el número de casos nuevos vario de 16,668 (año 2006) a 18,160 (año 2,010), la tendencia de los egresos hospitalarios a nivel nacional para este período también ha sido ascendente.

En el origen y desarrollo de estas neoplasias intervienen varios factores: Individuales (edad, factores genéticos, de los estilos de vida de la persona), del entorno inmediato (familia, amigos), factores vinculados al ambiente (centros laborales, centros educativos, noxas ambientales) y otros que condicionan las intervenciones: factores del sistema de salud (oferta de servicios para la prevención, detección y atención) determinantes sociales, económicos y culturales; todos ellos como factores condicionantes y condicionados por la denominada triple transición (demográfica, epidemiológica y sanitaria). Existe un incremento de la prevalencia de ciertos factores de riesgo para cáncer tales como el bajo consumo de frutas y verduras, consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad.

Documentos Normativos:

- ✓ El Plan Esperanza es una prioridad nacional expresada con la emisión del Decreto Supremo N° 009-2012-SA que aprueba el “Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú – Plan Esperanza”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA: “Listado de enfermedades de alto costo” incluye los cánceres más frecuentes: Cuello uterino, Mama, Colon, Estómago, Próstata, Leucemias y Linfomas.
- ✓ Resolución Ministerial N° 323-2013/MINSA: Incorporan Lista complementaria de medicamentos para el tratamiento de enfermedades neoplásicas en el Documento Técnico denominado “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”.
- ✓ Conformación de la Comisión Sectorial encargada de implementar el “Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento de los Servicios Oncológicos en el Perú - Plan Esperanza” (Resolución Ministerial N° 215-2013/MINSA).



- ✓ Resolución Ministerial N° 229-2013/MINSA que modifica al Responsable Técnico del Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, designando a la Dirección General de Salud de las Personas.
- ✓ Aprobación con Resolución Ministerial N° 323-2013 "Listado Complementario de Medicamentos Oncológicos".

OBJETIVO GENERAL 4:

DISMINUIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES CON ÉNFASIS EN LA POBLACIÓN EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis se constituye en un problema de salud pública presente a nivel nacional por lo que el Estado Peruano responde garantizando la gratuidad de la detección, diagnóstico y tratamiento; estas intervenciones han permitido disminuir la casuística y tasas de tuberculosis, tal como se observa en la tabla siguiente:

Indicador	2011	2012
Casos totales – morbilidad	32,703	31,705
Tasa de morbilidad (casos totales por 100,000 habitantes)	109.7	105.21
Incidencia total – (número absoluto de casos nuevos)	29,051	28,025
Tasa de incidencia (casos nuevos por 100,000 habitantes)	97.4	93.00
Incidencia total TBP FP	17,805	17,653
Tasa de incidencia de TBP TB	59.7	59.2

Como se puede observar, existe una disminución de los principales indicadores de TB hacia el año 2012 respecto del año 2011, habiéndose disminuido en 4. 4 x 100,000 hab. menos que el año anterior la tasa de incidencia (casos nuevos de tuberculosis).

Es de resaltar que los indicadores epidemiológicos de la tuberculosis han disminuido a pesar de que la búsqueda de sintomático respiratorio se ha incrementado durante el año 2013, observándose un incremento de 1% respecto del año 2012 (de 1,427,000 a 1,434,516). Hacia el año 2016 se espera alcanzar el objetivo de 4% de sintomático respiratorio identificado.

Hacia el año 2013 y como parte de las acciones de prevención y control de la tuberculosis, la ESNPCT desarrolló el "Plan Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2013 –

2016”, el cual posteriormente se ha ido focalizando en el “Plan de Acción para el control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y Callao” y posteriormente en el “Plan para la reducción de la Tuberculosis en los distritos del Cercado de Lima y La Victoria 2013 – 2016”, que tiene entre otros objetivos “Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de TB sensible y TB resistente a medicamentos y abordar las determinantes sociales de la salud a través un enfoque multisectorial y de gestión territorial, ello debido a que en Lima y Callao se concentra el 54% de casos de tuberculosis sensible, el 82% de TB MDR y el 89% de TB XDR. Esta intervención está dirigida a intervenir en 107 EE.SS.: 08 hospitales y 99 establecimientos del primer nivel de las Direcciones de Salud de Lima Ciudad, Lima Este, Lima Sur y la Dirección Regional de Salud de Callao.

Mediante Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, se aprobó la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona afectada por Tuberculosis, la cual, entre otras innovaciones presenta:

- ✓ Incluir entre sus objetivos específicos el abordaje de las Determinantes Sociales de la Tuberculosis.
- ✓ Fortalecimiento de la 2da. Fase de tratamiento para tuberculosis sensible: De 2 veces por semana de Isoniacida y Rifampicina a 3 veces por semana de los mismos medicamentos, disminuyendo con ello el riesgo de recaídas.
- ✓ Acceso universal a la Prueba de Sensibilidad Rápida para descarte de formas de Tuberculosis Resistente.
- ✓ Realización de exámenes auxiliares basales para descarte de otras comorbilidades.
- ✓ Fortalecimiento de la red de laboratorios nacionales.
- ✓ Inclusión del manejo programático de la TB XDR, con inclusión de medicamentos del quinto grupo (Clasificación de la OMS), entre ellos, el Linezolid.
- ✓ Notificación obligatoria de Tuberculosis, que permitirá contar con lista nominal de casos (Resolución Ministerial N° 948-2012/MINSA).
- ✓ Introducción de la microscopía por fluorescencia LED.

Acceso a Prueba Rápida Molecular GENOTYPE® MTBDR:

El 26 de marzo de 2012 se emitió el Oficio Circular N° 1342-2012-DGSP/MINSA, ampliando la cobertura de acceso al uso de la Prueba Rápida de sensibilidad Genotype, habiéndose incrementado progresivamente su uso a nivel nacional, hallándose que el 1er. Semestre del 2013 se han realizado 5517 pruebas, lo que significa un incremento de 86% respecto del 1er. Semestre 2012 (2957 pruebas – Total anual fue: 5517). Hacia el 2016 se espera que el 100% de personas afectadas por la tuberculosis accedan a las Pruebas de Sensibilidad Rápidas.



Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de la Red de Laboratorios de Salud Pública:

Para el año 2013 se ha ampliado la cobertura de la red de Laboratorios, incrementándose de 05 a 07 Laboratorios de Pruebas Rápidas para el diagnóstico de TB MDR, 02 laboratorios más: Región de Ica y Región Lima Provincias.

Así mismo, están en proceso de implementación 02 laboratorios moleculares, ubicados en Lima Este y Lima Sur.

Respecto a los principales logros y resultados obtenidos durante el periodo 2013 por el PARSALUD II orientados a contribuir con el escalamiento de acciones de prevención de la tuberculosis en población en general y en poblaciones de alta vulnerabilidad y expuestas a alto riesgo de infección tuberculosa, universalización del diagnóstico de Tuberculosis multidrogo resistente y tuberculosis extremadamente resistente mediante la expansión del diagnóstico rápido y contribuir en universalizar el tratamiento integral de calidad a afectados por la tuberculosis; son los siguientes:

- ✓ 1,937 atenciones a las personas afectadas TB MDR / TB XDR en interconsultas psiquiátricas y evaluaciones psicológicas, medicamentos por comorbilidades y RAFAS, exámenes auxiliares y/o interconsultas con especialidades, y/o en apoyos pre quirúrgicos.
- ✓ 04 operaciones quirúrgicas como parte de las prestaciones de la Clínica Stella Maris (Bajo el contrato de servicios con la clínica para cubrir la demanda de exámenes pre y post operatorios para evaluación de pacientes con posibilidad quirúrgica y cirugías de tórax).
- ✓ 23 establecimientos de salud fueron beneficiados con la asistencia técnica para la elaboración de sus PCIITB durante la V y VIII Ronda FM (fase1) Ronda del Fondo Mundial: 8 en Lima Metropolitana, Callao y 15 en diez regiones del país: Ancash (1), La Libertad (2), Lima (2), Loreto (2), Lambayeque (2), Ucayali (2), Piura (1), Cusco (1), Puno (1), Junín (1). Actividad realizada por PARSALUD II y ESN PCT.
- ✓ 16,200 respiradores N95 distribuidos a la DISA Lima Este, DISA Lima Sur, DISA Lima Ciudad, DIRESA Ica, DIRESA Lima y DIRESA Callao.
- ✓ 149 planes locales aprobados por DIRESAS y Gobiernos Regionales para la implementación de la AITER/PAL.
- ✓ 500 pruebas para el sistema automatizado de diagnóstico rápido y susceptibilidad de micobacterias (BACTEC MGIT 960) entregadas al Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias del INS.
- ✓ 2,000 test de identificación del complejo Mycobacterium tuberculosis entregados al Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias del INS.
- ✓ 285 profesionales de la salud (Enfermeras y personal de laboratorio) capacitados en el uso del sistema de información para diagnóstico TB – Netlab y en la toma de muestra y llenado de ficha bacteriológica (11 talleres realizados).
- ✓ 306 profesionales y técnicos de laboratorio capacitados en el nuevo manual de control de calidad de baciloscopía, lo que permitirá la rápida aplicación a nivel



nacional de la nueva metodología anteriormente mencionada (14 talleres realizados).

- ✓ 225 profesionales psicólogos y psiquiatras capacitados en terapia grupal de la salud mental para la atención psicoemocional a personas afectadas de TB MDR y TB XDR en 11 direcciones de salud: Lima Ciudad, Lima Este, Callao, Lima Sur, Lima Región, Ancash, Arequipa, La Libertad, Lambayeque, Ica y Ucayali.
- ✓ 343 agentes comunitarios de salud, 08 organizaciones de personas afectadas de TB (OAT) y 61 profesionales de la salud capacitados en soporte emocional e identificación de signos de alarma psicológicos y psiquiátricos relacionados al tratamiento para afectados por TB.
- ✓ 667 personas (entre afectados por TB MDR, sus familiares y profesionales de la salud) con capacidades para favorecer la adherencia al tratamiento a través de la realización de 28 actividades recreativas.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS/VIH Y SIDA Y HEPATITIS B

La prevalencia de VIH en población general es de 0.23%, siendo mayor en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), cuya prevalencia llega hasta el 12.4%. (Estudio de Vigilancia 2006 y 2011. DGE).

Desde el año 1983 hasta el mes de setiembre de 2013, se han reportado 51,136 casos de VIH y 30,744 casos de SIDA.

Las estimaciones de ONUSIDA al mes de diciembre del 2012, indican que existen 76 mil personas viviendo con VIH en el país (Informe Mundial 2013, ONUSIDA).

Más del 70% de todos los casos de VIH pertenecen a las ciudades de Lima y Callao. El 97% de las personas con VIH se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas. Más del 50% de los casos de VIH se registran en personas de 20 a 34 años. El 77% de los casos notificados son varones, existiendo por cada tres varones infectados una mujer infectada.

Reducción de los casos notificados de SIDA en el Perú

En el año 2012 se notificaron 1069 casos y hasta Octubre del año 2013 se han notificado 752 casos de SIDA a nivel nacional.

Sostenibilidad del Tratamiento antirretroviral gratuito

El Estado a través de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Essalud, ONGs, Fuerzas Armadas y Policiales, ofrece tratamiento antirretroviral gratuito a 26,785 adultos y 717 niños a nivel nacional. (Estrategia ITS/VIH/SIDA).

Incremento de la oferta de Tratamiento antirretroviral

En relación al año 2012, se ha incrementado de 82 a 97 (18%) el número de establecimientos del Ministerio de Salud que ofrecen terapia antirretroviral. Los establecimientos están localizados en todas las regiones de país. El último centro se ubica

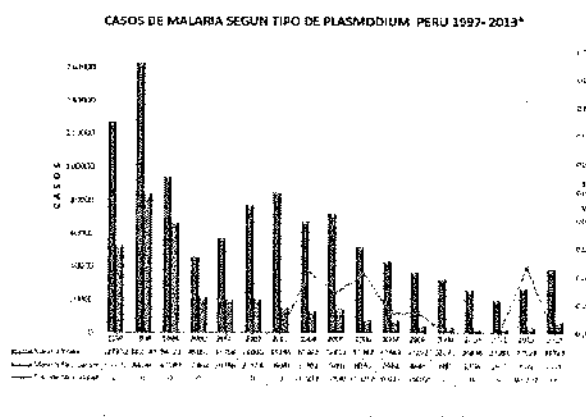


en el distrito de Santa María de Nieva, provincia de Condorcanqui (Amazonas) y beneficiará a las etnias awajun y huampis. (Estrategia ITS/VIH/SIDA).

ENFERMEDADES METAXÉNICAS

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, es una instancia dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, que articula a los órganos del Ministerio de Salud, y extra sectoriales, con el propósito de gestionar de manera eficiente las intervenciones sanitarias dirigidas a reducir y controlar la transmisión de las enfermedades metaxénicas en el ámbito nacional, con criterio de accesibilidad, calidad, eficiencia, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, con énfasis en la de menos acceso y deprimida. Norma, regula, monitoriza y evalúa las acciones de prevención y control desarrolladas en pro de controlar y reducir los efectos de las enfermedades metaxénicas en la población.

Malaria



A la SE 49 del 2013, se han notificado un total de **46,160 casos**, observándose un incremento del 31.7%, con relación al año 2012 (46,160 / 31,497). Más del 97.5% de los casos son reportados por 03 regiones de Salud: Loreto, Junín y Ayacucho, seguidos por las regiones Cusco, Madre de Dios y Ucayali.

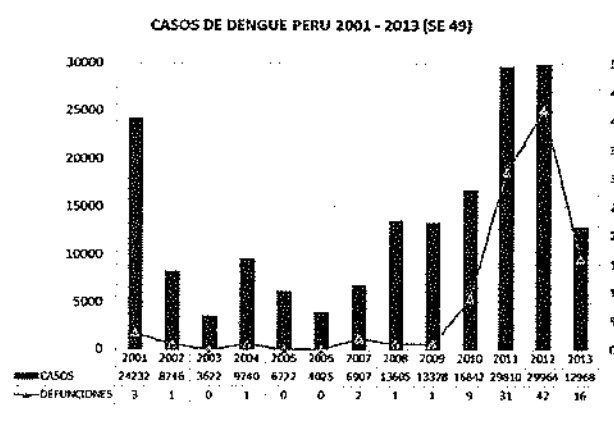
Se han priorizado 10 regiones con transmisión demostrada de casos de malaria, para el monitoreo y seguimiento de las actividades de control.

Respecto a la malaria por *P. falciparum*, en los últimos 04 años se venía presentando una reducción importante (hasta del 15.9%), pero desde finales del 2012, se ha vuelto a incrementar, especialmente por el cambio climático: lluvias, inundaciones, entre otros, que incrementan los criaderos donde el vector se reproduce. Por lo antes expuesto las regiones vienen desarrollando acciones de prevención y control, especialmente para controlar al reservorio humano y evitar la diseminación de la enfermedad.



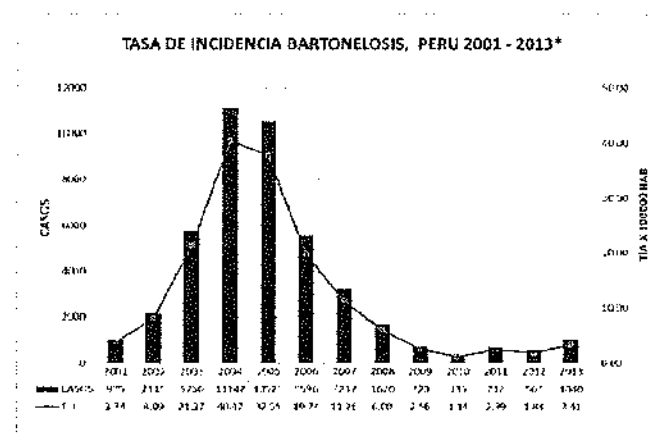
Dengue

Para el año 2013 (SE: 49), se han registrado 14,415 casos, observándose un descenso del orden del 56.72%, con relación al año 2012; asimismo los casos de Dengue grave registran un descenso del 63% con 16 fallecidos, frente a los 42 fallecidos ocurridos el año 2012.



El 80.6 % del total de casos de Dengue son reportados por 05 regiones: Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Piura y Cajamarca.

Enfermedad de Carrión



Para los dos últimos años, se observa un incremento en la morbilidad ocasionada por Enfermedad de Carrión de aproximadamente 83.42%, con relación al año anterior, registrándose para el 2012 un total de 567 casos, con 08 fallecidos. Este incremento se debe al brote presentado, durante el tercer

trimestre en el distrito de Lalaquiz-Provincia de Huancabamba de la Región Piura. Este brote está actualmente controlado.

El 97.16% del total de casos fue reportado por 05 regiones; Ancash, Cajamarca, Amazonas, Ayacucho y Piura.

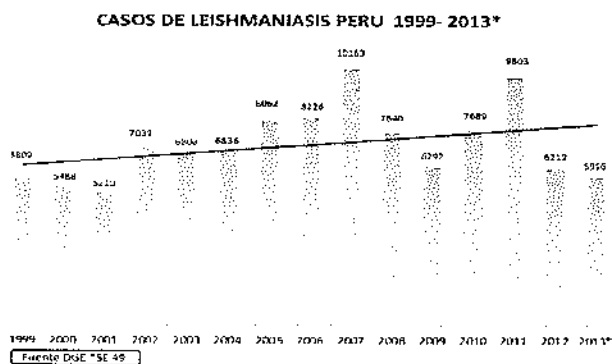


Leishmaniosis

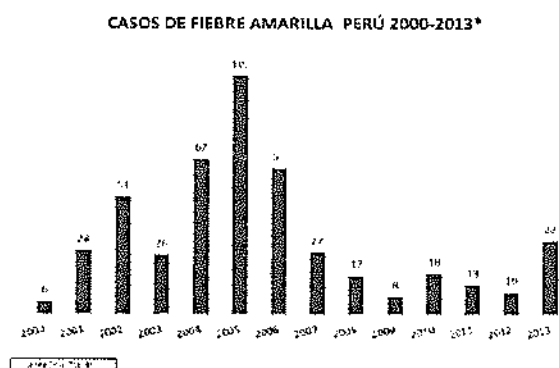
La tendencia de la Leishmaniosis en el Perú es a la disminución de casos, reportándose 6,212 en el 2012 y 5,916 a la SE 49 del 2013.

Disminución de la proporción de L.

Mucocutánea / Cutánea de 6.47 a 93.53%. Se reportaron defunciones por Leishmaniosis.



Fiebre Amarilla



Durante el año 2012 se reportaron 10 casos de Fiebre Amarilla y hasta la SE 49 del 2013: 32 casos, siendo estos en población migrante a zonas con riesgo de transmisión, con 10 fallecidos.

Las DIRESAs de San Martín y Cusco reportan el 81.82% del total de casos.

En cuanto a logros sanitarios, se tienen:

- ✓ No se han registrado casos agudos de enfermedad de Chagas transmitidos por *Triatoma infestans* en menores de 5 años en la macro región sur.
- ✓ Se evidencia una reducción del orden 56,72% del número de casos de dengue en comparación al año 2012, evidenciándose un menor incremento de la morbilidad en relación a otros países de Sudamérica. Pese a que la dispersión del vector a localidades donde anteriormente no existía.
- ✓ Reducción de la mortalidad por Bartonelosis o Enfermedad de Carrión en el orden del 60.3% en relación al año anterior.
- ✓ Disminución en el 10% del reporte de casos de Leishmaniosis, en comparación al año 2012. No se reportaron casos mortales por Leishmaniosis.



El 96 % de las regiones del Perú se mantienen libres de rabia humana transmitida por el perro al 2013, solo Puno registra 1 caso de rabia humana transmitida por can.

El 92% de las regiones en el Perú se mantienen libres de rabia canina al 2013, sólo la región de Puno (8) y la Región Madre de Dios (1) registran casos de rabia urbana.

En el proceso de eliminación de la rabia humana transmitida por el perro se hace seguimiento de las recomendaciones de las 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, a las DIRESA Puno y Madre de Dios, es en ese contexto que se realizó el ejercicio simulacro de binacional de control de foco en áreas de frontera, proponiendo un flujograma para la intervención nacional y binacional.

Rabia Silvestre

En el año 2013, se han presentado 6 casos de rabia humana transmitida por murciélagos en los departamentos de Ayacucho (1), Loreto (3), Amazonas (1), Cajamarca (1), lográndose reducir en un 33% de lo presentado en el año 2012. Considerando el alto riesgo que significan los accidentes de mordeduras por murciélagos hematófagos, el Ministerio de Salud viene implementando el

RABIA SILVESTRE 2013



Depa.	Nº	Provincia	Nº	Distrito	Nº
Amazonas	1	Bagua	1	Maba	1
Ayacucho	1	La Mar	1	Chungu	1
Cajamarca	1	Cros	1	Chirpa	1
Loreto	3	San Martín	3	San	3
TOTAL 6 CASOS DE RABIA SILVESTRE 2013					

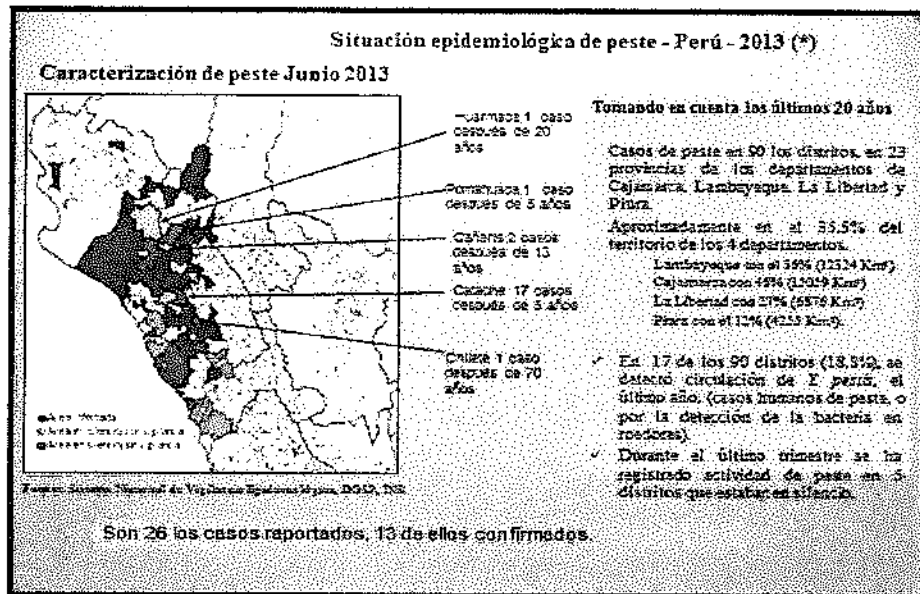
Plan de vacunación Masiva de Pre-exposición con 03 dosis de vacuna de cultivo celular en comunidades de alto riesgo de las provincias de Condorcanqui y Bagua, habiéndose logrado coberturas del 68% en Condorcanqui y 70% en Bagua durante el año 2012, en el presente año se han involucrado 2 regiones más Junín y Cusco a las regiones de Amazonas y Loreto en este Plan.

Con esta intervención se ha logrado que no se reporten casos de rabia humana transmitida por murciélagos en las comunidades nativas atendidas, podemos observar preliminarmente que el número de casos a nivel nacional se ha reducido de 22 casos el año 2011 a 9 casos en el año 2012 y a 6 al año 2013. La ampliación de la cobertura de esta intervención tiene el potencial de controlar la transmisión de la rabia silvestre, con 0 casos



en el departamento de Amazonas que viene ejecutando en forma regular la vacunación de pre exposición al haber sido declarado como prioridad este riesgo en la región.

Peste

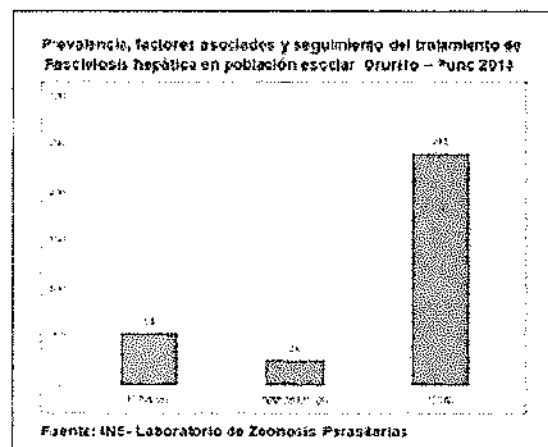
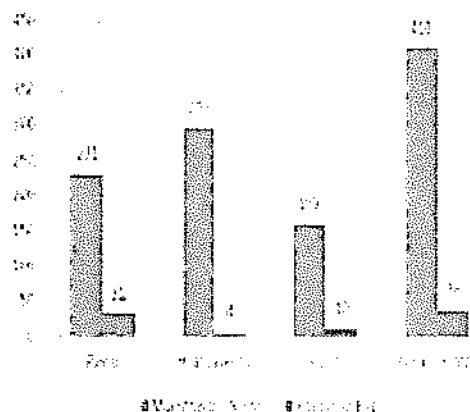


Tomando en cuenta, de los casos de peste presentados los últimos 20 años, de los 90 distritos afectados en 23 provincias en los departamentos de Cajamarca, Lambayeque, La Libertad y Piura, en 17 provincias (18.8%), se detectó circulación de *Y. pestis*, el último año (casos humanos de peste, o por la detección de la bacteria en roedores).

Durante el último trimestre se ha registrado actividad de peste en 5 distritos que estaban en silencio.

Lográndose la caracterización epidemiológica de las áreas de riesgo de peste en los 04 departamentos antes citados, con la participación del Instituto Nacional de Salud lo que permitirá establecer medidas de prevención y control a fin de evitar riesgos en la población.

HIDATIDOSIS Y FASCIOLISIS



Se han determinado líneas de base para la formulación de Proyectos de intervención integral de la Equinococosis Quística en las regiones Junín, Pasco, Huancavelica y Puno, en la Región Cusco, procesándose el levantamiento de información, para integrarse como nueva zona piloto.

En Fasciolosis se culminó la intervención en el distrito de Orurillo y Asillo en Puno a cargo del INS y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, respectivamente. Las personas con diagnóstico positivo son atendidas por el personal de los establecimientos de salud más cercanos que cuentan con stock necesario de Triclabendazol, también está en proceso de desarrollo del estudio de Fasciolosis en el distrito de Anta en Cusco los primeros reportes evidencian la endemidad para esta zoonosis parasitaria que supera el 10%, estando pendientes los estudios serológicos, la Estrategia Sanitaria Regional de Zoonosis está realizando el seguimiento de los pacientes positivos para garantizar la atención integral de los mismos.

Se realizaron visitas de asistencia técnica en forma conjunta con el Comité Técnico de la ESNZ (Epidemiología, Salud Ambiental, Promoción, Instituto Nacional de Salud) en los brotes de peste presentados en los departamentos de Lambayeque, Cajamarca, La Libertad, que han permitido establecer el Plan de Prevención y Control de Peste a nivel macro regional 2013-2014.

La ESNZ lideró el desarrollo del Plan para la Determinación de las Líneas de Base en las regiones endémicas a Equinococosis Quística involucrando en su desarrollo a la Dirección General de Salud Ambiental, Dirección General de Salud de las Personas e Instituto Nacional de Salud, habiendo culminado el levantamiento de información en las regiones Pasco, Junín, Huancavelica y Puno, la Región Cusco culminara sus intervenciones en el mes de enero.

OBJETIVO GENERAL 05:

REDUCIR Y MITIGAR LOS DAÑOS Y/O LESIONES OCASIONADAS POR FACTORES EXTERNOS

Respecto a Establecimientos de Salud Seguros:

- ✓ En la Meta Establecimientos de Salud Seguros y tarea operativa Análisis de la Vulnerabilidad, se realizó 04 talleres macro regionales (Huaraz, Trujillo, Cuzco y Lima) para evaluadores de establecimientos de Salud Mediante el Índice de seguridad Hospitalaria, capacitando en total a 117 profesionales como Instructores (32 Ingenieros civiles, 10 Arquitectos y 75 personal de Salud).
- ✓ Para cumplir con la meta Operativa de los Estudios de Vulnerabilidad Sísmica de 14 Hospitales de Lima Metropolitana en primer término se suscribió un convenio Marco N°006-2013/MINSA, de Cooperación Interinstitucional entre la Universidad Nacional de Ingeniería y el Ministerio de Salud, cuyo objetivo fue



desarrollar los Estudios de Vulnerabilidad Sísmica, Estructural, No Estructural y Funcional para 14 establecimientos de Salud de la Provincia de Lima.

- ✓ Los estudios de Vulnerabilidad Sísmica: Estructural, No estructural y Funcional que estuvieron a cargo del Centro Peruano-Japonés de Investigaciones Sísmicas y Mitigación de Desastres (CISMID), fueron entregados al Ministerio de Salud el 27 de diciembre de 2013. Los establecimientos evaluados fueron los siguientes: Hospital Arzobispo Loayza, Dos de Mayo, Sergio Bernales, María Auxiliadora, Santa Rosa, Cayetano Heredia, Hipólito Unánue, Emergencias Pediátricas, Emergencias Casimiro Ulloa, San Bartolomé, Huaycán, Carlos Lanfranco La Hoz, José Agurto Tello y el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- ✓ En el componente No Estructural, mediante reuniones con establecimientos de salud de Lima Metropolitana, se identificó las necesidades de apoyar en acciones de intervención para el mejoramiento de la seguridad No Estructural frente a los desastres en dichos establecimientos, los cuales se transformaron en 93 expedientes técnicos que involucraba a 18 Unidades Ejecutoras, cuyo monto asciende a la suma de S/. 29, 478,167.00 (Veintinueve millones cuatrocientos setenta y ocho mil ciento sesenta y siete con 00/100 nuevos soles) dicha transferencia se materializó con la Resolución Secretarial N° 047-2013/MINSA.
- ✓ En el mes de Noviembre del 2013 se llevó a cabo el “Ejercicio Nacional de Movilización Sectorial frente a Emergencias y Desastres” en donde concurrieron 500 brigadistas de 19 regionales del país con el fin de actualizar conocimientos para reforzar la función del brigadista.
- ✓ En el mes de noviembre del 2013 se llevó a cabo el “Taller Nacional para Instructores de Brigadas de Salud para Emergencias y Desastres” en la ciudad de Huacho, en donde participaron 35 representantes de diferentes regiones.
- ✓ En el mes de abril se organizó el “Encuentro Nacional de Responsables del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres” con la participación de todos los responsables a nivel nacional, obteniendo lineamientos importantes para la reducción de Vulnerabilidades de los Establecimientos de Salud.

Respecto a Gestión del Riesgo por Desastres:

- ✓ Se formuló e implementó los Planes Sectoriales de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud, lo que concluyó con la elaboración de dos planes de Gestión del Riesgo: “Plan de Gestión del Riesgo de Desastres frente a bajas temperaturas 2013-2014”, aprobado con Resolución Ministerial N° 273-2013/MINSA y el “Plan de Reducción del Riesgo frente a lluvias y fenómenos extremos en el marco del cambio climático”, presentado mediante Informe Técnico N° 003-2013-OT.PPDN-OGDN/MINSA, para que tanto las Diresas y Redes de salud puedan articular sus actividades y tareas con la de estos planes sectoriales y ajustarlos a su presupuesto y a su realidad, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad en las personas principalmente en menores de cinco y mayores de 60 años.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades de los equipos de gestión de las Diresas a nivel nacional para formulación y articulación de los Planes Regionales de



Gestión de Riesgo de Desastres en Salud frente a lluvias y bajas temperaturas 2013-2014, en el marco del Programa Presupuestal 068: "Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres" los que contaron con la participación de los equipos de gestión de todas las Diresas a través de asistencias técnicas o talleres, lo que concluyó con la elaboración e implementación de 24 Planes Regionales de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud, aprobadas con resoluciones Directorales.

- ✓ Se ha fortalecido el trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres en el Ministerio de Salud, a través de la articulación de acciones conjuntas enmarcadas en los Planes Sectoriales de Gestión de Riesgos en Salud por Lluvias y Fenómenos Extremos, y por Bajas Temperaturas 2013-2014, articulados con los Planes Operativos correspondientes, lo que contribuyó a institucionalizar el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- ✓ Se ha logrado articular y fortalecer el trabajo de Gestión de Riesgo de Desastres, a nivel multisectorial a través de reuniones conjuntas para realizar acciones enmarcadas en los Planes Multisectoriales de Gestión de Riesgos de desastres, lo que concluirá con el Plan Multisectorial ante heladas y Friaaje 2014, próximo a aprobarse, la cual articula acciones operativa del sector salud por niveles de gobierno.
- ✓ Asimismo, se realizó el monitoreo en la ejecución presupuestal y logro de metas físicas a las Diresas de La Libertad, San Martín y Tumbes, donde se pudo comprobar el buen avance de ejecución presupuestal y logro de los productos como: COE implementado y operativos; y la implementación del Índice de Seguridad Hospitalaria – ISH en establecimientos de salud.

OBJETIVO GENERAL 06:

FORTALECER EL EJERCICIO DE LA RECTORIA Y OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- ✓ Se ha incrementado en 600 plazas el Residentado o Segunda Especialización (350 plazas medico quirúrgicas y 250 plazas medicina familiar).
Aprobación del Decreto Supremo N° 173-2013-EF que *"Establece una bonificación mensual a favor del personas del Sector Salud que labore en forma efectiva en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de los gobiernos regionales que se encuentren ubicados en zonas alejadas y de frontera"* que beneficiará a 1507 establecimientos de salud en zonas alejadas y de frontera lo que representa atender a 7000 servidores de salud con incentivos laborales.
- ✓ 5658 profesionales de la salud adjudicaron en plazas remuneradas en el SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL DE SALUD-SERUMS, beneficiando a las poblaciones de extrema pobreza, muy pobre y pobre a nivel nacional.



El 99% de plazas remuneradas SERUMS, se encuentran en los quintiles extremadamente pobre, muy pobre y pobre (QI, QII, QIII) fortaleciendo de esta manera la inclusión social.

Asimismo, se ha elaborado el Programa de Bienestar Laboral para profesionales de la salud SERUMS, que ha permitido:

- Contar con un diagnóstico situacional sobre el bienestar laboral del SERUMS.
- Elaborar el Aplicativo de Registro de Eventos Adversos.
- Implementar la Encuesta Periódica de Condiciones Laborales a los SERUMS a nivel nacional.
- 4 regiones (12%) han formado su Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo para SERUMS.
- Se elaboró, socializó y se distribuyó al 100% a los SERUMS la Cartilla de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- ✓ Inicio de la Especialidad (Residentado) en Medicina Familiar: 250 plazas para médicos.

Con el Residentado Médico empezaron los estudios con 250 plazas para especialidad en Medicina Familiar. Los médicos egresados estarán en capacidad de dar atención integral, integrada y continua a las personas, familias y comunidad, con competencias clínicas que le permitan atender problemas prevalentes de la salud en las diferentes etapas de vida de la persona, así como hacer intervención familiar y comunitaria para satisfacer necesidades sentidas y no sentidas de la población.

- ✓ Inicio de la Especialización en Salud Familiar: 600 plazas para enfermeras.

Se inició la especialización con 200 plazas, con la incorporación de profesionales de 200 plazas en el mes de setiembre y 200 plazas en el mes de noviembre.

Los profesionales egresados estarán en capacidad de dar atención integral, integrada y continua a las personas, familias y comunidad, e intervenir sobre los factores de riesgo y los determinantes de la salud en función de un enfoque de interculturalidad, equidad, ética y acción intersectorial, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como administrar la red integrada de servicios de Atención Primaria de la Salud con responsabilidad sobre un número determinado de familias.

- ✓ Inicio de la bonificación para personal de zonas alejadas y de frontera.

A partir del mes de octubre se inició el pago del bono de compensación al personal de salud que labora en 1507 establecimientos de salud ubicados en zonas calificadas como alejadas y de frontera, según el listado aprobado mediante Resolución Ministerial N° 190-2013/MINSA. Los montos de esta bonificación fueron aprobados mediante Decreto Supremo N° 173-2013-EF.



- ✓ Aprobación de la Ley de Plan de Salud Escolar - Ley N° 30061 que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).
 - ✓ Aprobación del Decreto Supremo N° 010-2013-SA - Plan de Salud Escolar, el cual tiene como objetivo mejorar el estado de salud de los estudiantes de las instituciones públicas, basada en la promoción de comportamientos y entornos saludables, a través de intervenciones de: i) alimentación y nutrición saludable, ii) lavado de manos y iii) convivencia saludable
 - ✓ Norma Técnica N° 103 -MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética, aprobada con Resolución Ministerial N° 665-2013/MINSA.
 - ✓ NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia", aprobada con Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA.
 - ✓ 1,050 Agentes comunitarios de salud, 250 de la ciudad de Lima y 800 de 12 regiones del país, movilizados a través del Encuentro Nacional, y reconocimiento a la labor del Agente Comunitario y el Voluntario en salud.
 - ✓ Organización del II Encuentro Nacional de Municipalidades: "Reconocimiento de las experiencias de trabajo en el abordaje de los DDSS y avances en el Plan de Incentivos".
- **Programa "Agosto te atiende mejor"** (I y II etapa), programa de intervención, con entregas presupuestales extraordinarias para mejorar la calidad de la atención en consulta externa y emergencia en 14 establecimientos de salud, entre Hospitales e Institutos de Lima y Callao en el año 2012. Para el año 2013, se incrementa con 13 establecimientos, alcanzando 27 establecimientos en los que se viene interviniendo para identificar las oportunidades de mejora en las áreas críticas de los mencionados establecimientos. Se proyectó programación presupuestal para el segundo bloque de hospitales que iniciarían con mejoras en los servicios de pre entrega de la atención.

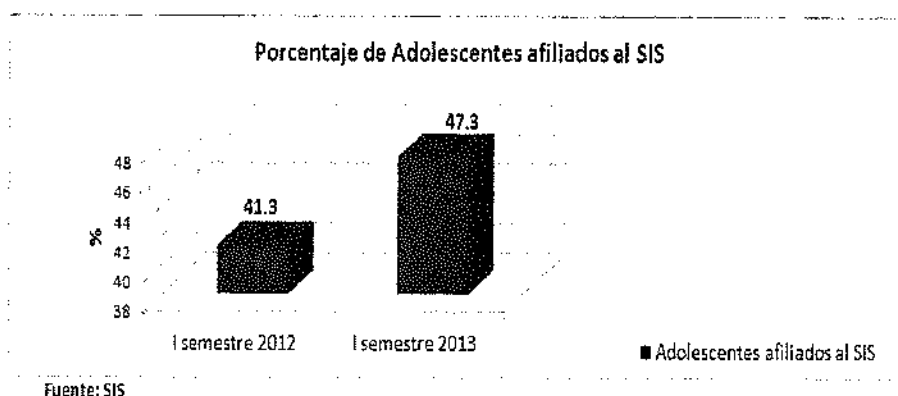
Medición de los tiempos de espera en los Hospitales e Institutos de Lima y Callao

En el presente año se realizó la Medición de los tiempos de espera en los diferentes Hospitales e Institutos de Lima y Callao, el mismo que fue programado en tres etapas:

- ✓ Medición de los Tiempos de Espera en Consulta Externa
- ✓ Estudio de Observación de los Nudos Críticos encontrados en la medición
- ✓ Elaboración de los Planes de Mejora para su intervención



Aseguramiento de adolescentes y jóvenes afiliados al SIS



I SEMESTRE 2012		
Nº de Adolescentes afiliados al SIS ^(*)	1,629,046	41.3%
-----x100	-----x 100	
Población adolescente ^(**)	3,943,108	

I SEMESTRE 2013		
Nº de Adolescentes afiliados al SIS ^(*)	1,887,171	47.3%
-----x100	-----x 100	
Población adolescente ^(**)	3,984,511	

(*) Fuente: Estadísticos SIS

(**) Fuente: Estadísticos INEI

Porcentaje de jóvenes entre 18 a 29 años afiliados en el primer semestre 2012 al SIS

Asegurados 18 a 29 años a junio 2012	2,479,249	41.5%
Población a nivel nacional de 18 a 29 años 2012	5,978,281	

Porcentaje de entre 18 a 29 años afiliados en el primer semestre 2013 al SIS

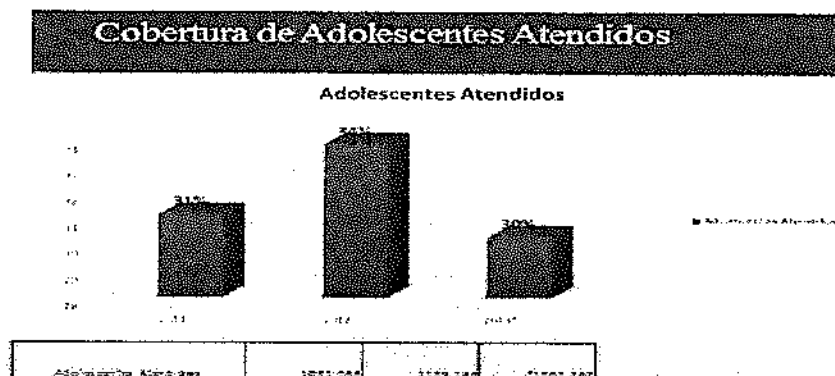
Asegurados 18 a 29 años a junio 2013	3,490,397	58.3%
Población a nivel nacional de 18 a 29 años 2013	5,987,248.42	

Fuente: Inei Encuesta 2012

se utilizó una tasa de crecimiento 0.015% para

proyectar la población a nivel nacional entre 18 a 29 años en el 2013



Incremento en los atendidos en la etapa de vida adolescente

Fuente: OGEI-MINSA - *ENERO-AGOSTO 2013

Articulación intersectorial de las Etapas de Vida Adolescente y Joven con varios sectores

- ✓ Instalación del Comité Técnico consultivo para la etapa de vida joven.
- ✓ Red multisectorial de apoyo a la etapa de vida joven.
- ✓ Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescente.
- ✓ IV Feria de Intercambio de Experiencias a Favor de Adolescentes y Jóvenes.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

- ✓ Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021: Comisión multisectorial, varios resultados, Estrategia del Río Napo.

Ministerio de Justicia:

- ✓ Plan Nacional de Prevención y Tratamiento del Adolescente en conflicto con la Ley Penal.

Ministerio de Educación

- ✓ Secretaría Nacional de Juventud
- ✓ Plan Escolar Estrategia para la Prevención de la Violencia Escolar.
- ✓ Educación sexual integral.
- ✓ Comunidades educativas en sexualidad.
- ✓ Campaña educativa nacional permanente de sensibilización para una vida sin drogas.

*Gobiernos locales**Comité Metropolitano de Políticas de Juventud del Sistema Metropolitano de Promoción y Políticas de Juventud.**Posicionamiento de las Etapas de Vida Adolescente y Joven a nivel intersectorial.*

- ✓ Incorporación del Perú en el informe mundial de adolescencia de la Organización Mundial de la Salud.



- ✓ Plan Nacional de Acción para la Infancia y la Adolescencia 2002 – 2010.
- ✓ Comisión de la Secretaría Nacional de Juventud del MINEDU
- ✓ Participación en el Plan Nacional de Juventudes, Congreso Nacional de Juventudes en Cusco 2013.
- ✓ Trabajo coordinado con Municipalidades.
- ✓ Feria de Intercambio de experiencias exitosas en la atención de adolescentes y jóvenes con la participación de 43 instituciones de los sectores, agencias cooperantes, sociedad civil y gobiernos locales y regionales.

COMPONENTE DE DISCAPACIDAD

Asistencia Técnica al Programa Piloto "Tumbes Accesible" Estudio Biopsicosocial

En el marco de la Resolución Suprema N° 085-2012-PCM, que crea la Comisión Multisectorial encargada de proponer y fiscalizar el modelo de intervención multisectorial en materia de Discapacidad a fin de elaborar e implementar el Programa Piloto "Tumbes Accesible".

En este contexto, se ha brindado asistencia técnica en todos los aspectos relacionados a la salud, así como a nuestra contraparte, DIRESA Tumbes, para una efectiva participación en el programa piloto.

En la etapa del Estudio Biopsicosocial se ha participado con el apoyo de médicos rehabilitadores y/o especialistas en las brigadas itinerantes, en las Provincias de Contralmirante Villar y Zarumilla.

Como parte de la etapa de respuesta del Programa Piloto, se mantiene permanente coordinaciones con nuestra contraparte, la DIRESA Tumbes, para la afiliación al Seguro Integral de Salud de las personas con discapacidad certificadas, que no cuentan con ningún seguro de salud, asimismo en coordinación con el Instituto Nacional de Rehabilitación se ha realizado la revisión de las Fichas de Evaluación Médica Especializada, 592 FEME de la Provincia de Contralmirante Villar y 992 FEME de la Provincia de Zarumilla, con la finalidad de seleccionar los casos de Discapacidad severa, para el piloto de asignación de pensión no contributiva que se realizará en la Región de Tumbes como parte de la fase de respuesta del programa piloto, así como se coordina con el MIDIS la calificación de pobreza a través del SISFOH.



PROGRAMA NACIONAL DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE:**PROMOCION DE LA CULTURA DE DONACION VOLUNTARIA DE SANGRE**

Con la finalidad de promover la cultura de la donación voluntaria como parte de la intervención de la comunicación social para fortalecer las prioridades de salud, PRONAHEBAS con el apoyo del Área de Comunicaciones, coordinamos las Campaña de Donación Voluntaria de Sangre con la participación de las DISAS de Lima, DIRESA Callao se realizaron en el Congreso de la República, en Universidades, Hospitales e Iglesias, a los periodistas y conductores de medios de comunicación para difusión de la semana de la donación de sangre.

Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre, en coordinación con la Oficina General de Comunicaciones, organizó este evento con el fin de capacitar y formar promotores de la donación voluntaria de sangre, para que puedan identificar y captar grupos de potenciales donantes, mantener a los ya existentes, servir de enlace entre aquellas colectividades y el Banco de Sangre y conseguir el apoyo necesario para el buen desarrollo de las campañas.

La actividad se realizó el 11 y 12 de junio en el Auditorio del CENEX y contó con la participación de 18 representantes de diferentes Hospitales de Lima.

**TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES CON HEMOFILIA**

Con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las personas con hemofilia, el año 2013 se ha iniciado el proceso de descentralización de la atención de pacientes con hemofilia que estaba predominantemente establecido en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", se han conformado además 8 Centros de tratamiento a nivel nacional:



- ✓ Lima: Hospital Nacional Dos de Mayo – Instituto Nacional de Salud del Niño
- ✓ Piura: Hospital de Apoyo II de Sullana
- ✓ Cajamarca: Hospital Regional de Cajamarca
- ✓ Lambayeque: Hospital Las Mercedes de Chiclayo
- ✓ La Libertad: Hospital Docente de Trujillo
- ✓ Loreto: Hospital Regional de Iquitos
- ✓ Cuzco: Hospital Lorena
- ✓ Arequipa: Hospital Honorio Delgado.

Se ha iniciado la distribución de concentrado de factor VII que está siendo distribuido por DARES a los 9 Centros de tratamiento establecidos.

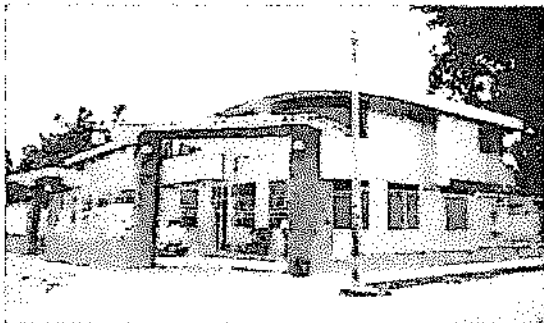
Los días 11 y 12 de diciembre se ha realizado el Taller de capacitación en hemofilia para profesionales de la salud de los Establecimientos de salud a cargo de los tratamientos de pacientes.

En las visitas de asistencia técnica se puso énfasis en la organización regional de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre, basado en la centralización regional de los Bancos de Sangre tipo II como parte de un sistema más eficiente y eficaz de provisión de sangre en condiciones de seguridad y oportunidad, además se realizó actividades educativas para fortalecer las capacidades del personal que labora en los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional.

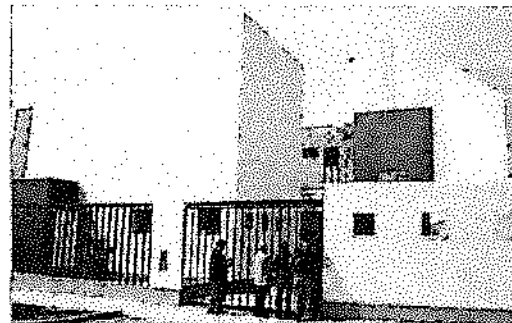
Ante ello se ha realizado visitas de abogacía en los espacios regionales para la construcción de Bancos de Sangre Regionales Centralizados, teniendo como resultado a la fecha la red regional de Bancos de Sangre de San Martín, conformada por el Banco de Sangre centralizado de San Martín y su relación dinámica con los Centros de Hemoterapia tipo I, públicos y privados de la región y la construcción del Banco de Sangre centralizado de Ayacucho.

De otro lado en las regiones de Junín y Amazonas han concluido la construcción del Banco de Sangre centralizado regional.

Banco de Sangre Centralizado de San Martín



Banco de Sangre Centralizado de Ayacucho



Respecto a **Inversiones**, se tiene:

- ✓ La ejecución financiera del Pliego alcanzo la suma de 311 246 038 de nuevos soles (a nivel de devengado) que representan el 82.3% de avance respecto al PIM. Con relación al año 2012 en donde se alcanzó un 77.4% de ejecución, que represento en S/. 238 670 000.00, la ejecución se incrementó en un 4.9%. El Ministerio de Salud cubre de manera directa solo aquellas inversiones circunscritas al Pliego, financiadas con Recursos Ordinarios, Directamente Recaudados, Recursos obtenidos por Cooperación Externa y Donaciones.



- ✓ Culminación del proceso de Planeamiento Multianual de Inversión en Salud en los 748 Establecimientos de Salud Estratégicos priorizados a nivel nacional, obteniéndose como resultado la cartera de servicios por cada uno de ellos.
- ✓ Se ha concluido con el proceso de aplicación del Planeamiento Multianual de Inversiones en la totalidad de establecimientos de salud de la Región Ayacucho.
- ✓ Se ha concluido con el proceso de aplicación del Planeamiento Multianual de Inversiones en los 353 establecimientos de salud que conforman el ámbito del VRAEM.
- ✓ Reuniones Técnicas del Comité de Seguimiento de Proyectos de Inversión Pública del Pliego Ministerio de Salud, con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las metas físicas y financieras de los PIP programados en el año a cargo de las Unidades Ejecutoras de proyectos de inversión adscritas.
- ✓ Conformación de 18 Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS), en los Gobiernos Regionales de Amazonas, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Ica, Junín, Lambayeque, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Tumbes y Ucayali, como espacios de concertación intergubernamental (Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local), para la priorización concertada y el seguimiento de las iniciativas de expansión y sostenimiento de la oferta pública de baja y mediana complejidad.
- ✓ Durante el período 2013, en el marco del SNIP, se evaluaron 53 proyectos de inversión pública, de los cuales, 24 obtuvieron la condición de viables, cifra que representa el 45% del total de proyectos evaluados, 1 fue verificado en su viabilidad, 26 adquirieron el estado de observados, 1 fue aprobado y 1 fue rechazado. Adicionalmente a ello, se aprobaron 66 expedientes relacionados a Planes de Trabajo y Términos de Referencia, para dar inicio a la formulación de igual número de PIP.
- ✓ Durante el año 2013, la Oficina de Proyectos de Inversión ha participado como soporte a las acciones de promoción sobre APP que desarrolla el Ministerio de Salud a través el Comité de Inversión del MINSA, teniendo como objetivos, la generación de las condiciones necesarias para la promoción, implementación y evaluación de Asociaciones Público Privadas en salud y de Obras por impuestos; en el marco de la normatividad vigente.
- ✓ Con relación al proceso de implementación de los establecimientos de salud estratégicos, el 2013 fue el primer año, los logros se pueden clasificar en dos tipos: 1) hitos del proceso; 2) avances del proceso.

1.- Hitos de proceso:

- ✓ 8 perfiles pasaron en el mismo año fiscal a la fase de ejecución con presupuesto de 99 millones de soles. La totalidad del monto ha sido ejecutado al cierre del año por la modalidad de concurso-oferta.



2.- Avances del proceso:

- ✓ 6 perfiles obtuvieron visto bueno de la OPI Salud en agosto 2013. Ahora están en revisión por preocupaciones metodológicas de DGPI-MEF.
- ✓ 64 perfiles han iniciado formulación y evaluación. Concluirán entre enero y junio de 2014.
- ✓ 21 obras de hospitales han sido identificadas que están en marcha y serán concluidas en el año 2014. Otras 7 obras han sido identificadas como concluidas entre el 2012 y 2013 y tendrán planes directores este año para que operen como establecimientos de salud estratégicos.
- ✓ 3 obras han sido ejecutadas bajo la modalidad de obras por impuestos comprometiendo recursos de inversión por 113 millones.
- ✓ Se han desarrollado herramientas para estandarización del proceso de inversión y así mejorar la consistencia de los estudios como reducir los tiempos de formulación.
- ✓ Se ha brindado asistencia técnica a las regiones para el saneamiento legal de los establecimientos, lo cual ha facilitado que se reduzca el porcentaje de no saneados en un 12%.

Asimismo, se cuenta con:

- ✓ Aprobación, seguimiento y monitoreo de la ejecución de 25 Planes de Equipamiento de Establecimientos de Salud y 01 Plan de Cáncer, con una vigencia de 03 años, que ha permitido efectuar una transferencia en el año 2013 por el monto de S/. 135, 673,026.39 para la reposición del equipamiento de cinco Programas Presupuestales y S/. 21 millones para la compra de equipos del Programa Presupuestal de Control y Prevención de Cáncer.
- ✓ Culminación y puesta en funcionamiento parcial del Instituto Nacional de El Niño por el monto de S/. 272,523,393 que han permitido beneficiar a una población de 10,736,798 habitantes.
- ✓ Inicio de la construcción y supervisión de la obra "Fortalecimiento de la Atención de los Servicios de Emergencia y Servicios Especializados - Nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador, por el monto de S/. 108,487,028.38.
- ✓ Ejecución de Obra y Provisión e Instalación del Equipamiento Fortalecimiento de la Atención de los Servicios de Emergencias y Servicios Especializados - Nuevo Hospital de Lima Este – Vitarte, por el monto de S/. 157,294,047.16.
- ✓ Asimismo, se elaboraron 145 Planes de Mantenimiento de Establecimientos de Salud a Corto Plazo – año 2014 en las 25 regiones y en Lima Metropolitana, los mismos que comprenden el mantenimiento de equipamiento e infraestructura, en los que se priorizan las áreas críticas vinculadas a la vida del paciente.
- ✓ Entrega de la obra de "Adecuación de Accesos del Ingreso Principal y de Emergencia para el Hospital Santa María Del Socorro de Ica" a la Municipalidad Provincial de Ica en cumplimiento al convenio suscrito entre el MINSA y la Municipalidad Provincial de Ica, por un monto de S/. 525,777.46.



- ✓ Culminación de la obra de "Revestimiento del canal de regadío adyacente a la unidad administrativa-fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud del Hospital San Juan de Dios de Pisco", por el monto de S/. 398,240.23.
- ✓ Culminación y recepción de la obra de "Construcción del pabellón para unidad de cuidados intensivos e intermedios, banco de sangre, unidad central de esterilización y servicios de alimentación central - Hospital Nacional Arzobispo Loayza - obras complementarias", por la suma de S/. 343,620.57.
- ✓ Culminación de la obra de "Ampliación del cerco perimétrico y sistema de utilización a tensión de distribución primaria en 22.9 kv para el Centro de Salud Tambo- Red Ayacucho Norte", por la suma de S/. 354,919.81.
- ✓ Culminación y liquidación de la Obra de "Sistema de utilización en media tensión 20 kv (operación inicial 10 kv) para el pabellón del Convenio Perú - China del Hospital Nacional Arzobispo Loayza", por la suma de S/. 258,541.69.

Proyectos en Ejecución

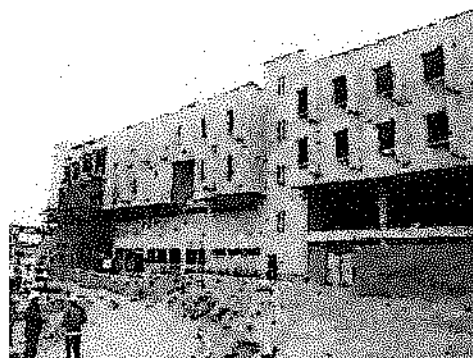
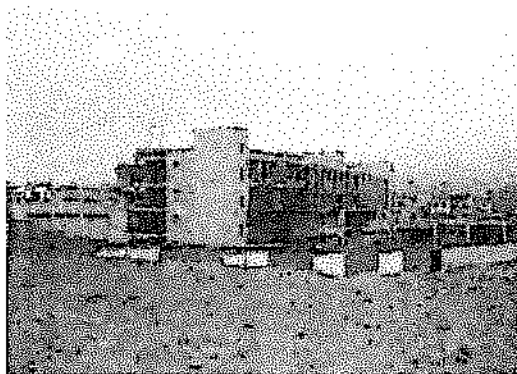
- a) Fortalecimiento de la Atención de los Servicios de Emergencia y Servicios Especializados - Nuevo Hospital Emergencias -Villa El Salvador

Ubicación	:	Departamento de Lima
Población Beneficiada	:	603,354 habitantes
Inversión	:	S/. 199,650,046.00
OBSERVACIONES	:	Capacidad de 219 camas (hosp.)
CULMINACIÓN	:	I Trim. 2014

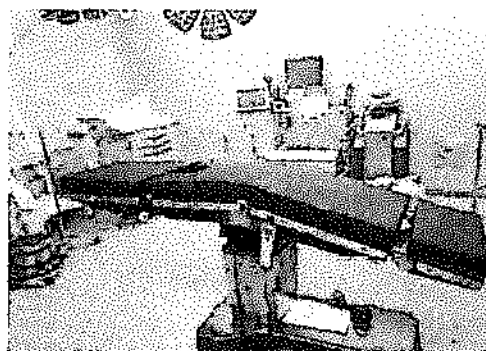
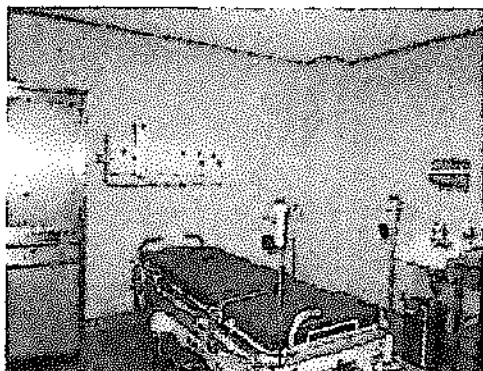
- b) Fortalecimiento de la atención de los servicios de emergencias y servicios especializados - nuevo Hospital de Lima Este – Vitarte

Ubicación	:	Departamento de Lima
Población Beneficiada	:	565,515 habitantes
Inversión	:	S/. 159,384,974.26
Observaciones	:	Capacidad de 219 camas (hosp.)
Culminación	:	I Trim. 2016

Construcción Nuevo Hospital Emergencias -Villa El Salvador



Equipamiento Instituto Nacional del Niño Sede San Borja

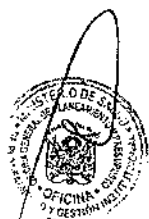


Los principales logros y resultados obtenidos durante el periodo 2013 por el PARSALUD II orientados a fortalecer y mejorar la capacidad resolutive de 748 establecimientos de salud estratégicos, para brindar una atención de calidad a los pacientes; son los siguientes:

- ✓ 274 estudios diagnósticos sobre la situación de los EEES para el inicio de la formulación de los proyectos de pre inversión de infraestructura para lo cual fue indispensable la contratación de consultores de diversas especialidades (Personal de la salud, arquitecto, ingeniero civil, arquitecto y otras especialidades con experiencia en formulación de proyectos) que han trabajado continuamente y colaborado en la elaboración de formatos para el trabajo de campo, es por ello actualmente se cuenta con diversos formatos que se aplican en el trabajo de campo, permitiendo el recojo de información de manera adecuada.
- ✓ 100 profesionales de diferentes especialidades capacitados en Programa de tutorías a diagnosticadores. La capacitación consistió en temas de recolección de información, aplicación de los formatos en campo, información de la importancia de los establecimientos estratégicos y su normatividad, los consultores que van a realizar el diagnóstico son los primeros en tener contacto con los gobiernos regionales, locales y los establecimientos de salud, por ello la importancia de estar bien informados y capacitados.
- ✓ 12 capacitaciones con equipos de formulación con personal del PARSALUD II de Programa de Tutorías a Formuladores; de igual manera se han realizado tres talleres de inducción, donde participaron 114 consultores, las capacitaciones o inducciones realizadas a los consultores consiste en transmitirles el nuevo enfoque para desarrollar los proyectos en el sector salud, por otra parte, se les ha capacitado en el uso de instrumentos (caja de herramientas) que se requieren para la formulación del proyecto, la importancia de la capacitación determinará el avance en la formulación del proyecto.

Asimismo, se tiene:

- ✓ 45 establecimientos de salud con 46 obras concluidas de los cuales 16 corresponden a las concluidas y entregadas en el año 2013: uno (01) en la

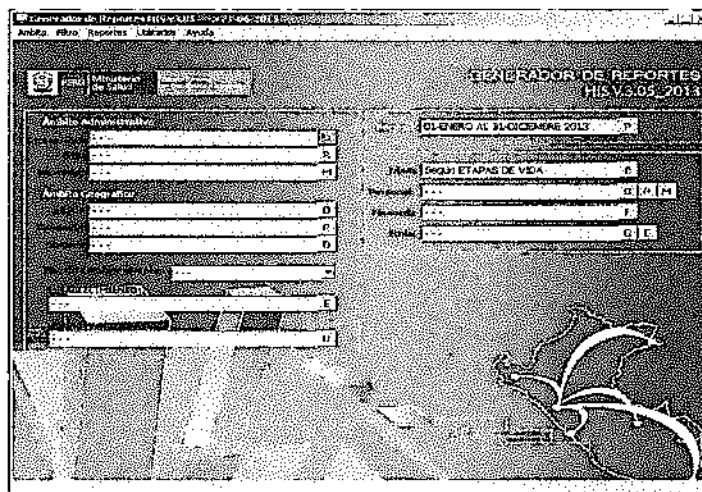


Región de Ayacucho, uno (01) en la Región de Apurímac, tres (03) en la Región del Cusco, cinco (07) en la Región de Huancavelica y cuatro (04) en la Región de Huánuco.

- ✓ 36 EE.SS. han sido entregadas a la DIRESA y los 10 restantes está en fase de recepción, 13 EE.SS. con obras en ejecución, 08 EE.SS. en proceso logístico los cuales está previsto que inicien ejecución de obra en el año 2014 y 07 EE.SS. con expedientes técnicos de saldos de obra en elaboración, debido a que los contratos iniciales fueron rescindidos.
- ✓ 70 establecimientos de salud cuentan con equipamiento médico distribuidos. Se ha entregado el equipamiento médico general, complementario y el mobiliario clínico hospitalario.

Respecto a Estadística e Informática:

- ✓ **Actualización y Ajustes al Sistema HIS.** Durante el periodo se han realizado ajustes al aplicativo informático del sistema HIS Versión 3.05 para su correcto funcionamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional. Además se ha revisado y actualizado los manuales de registro y codificación de las estrategias sanitarias nacionales y las etapas de vida, incorporando principalmente los requerimientos de información del Presupuesto por Resultados.
- ✓ **Generador de Reportes HIS.** Al haberse cambiando la versión del sistema HIS, se vio la necesidad de desarrollar un nuevo generador de reportes, el mismo que utiliza plataforma Windows y lenguaje Visual FoxPro. El generador de reportes es de vital importancia, especialmente para los establecimientos de salud, porque gracias a ello es posible realizar la explotación de los datos de consulta externa según los formularios predefinidos por los usuarios de la información. Como características del generador de reportes se puede citar que hay control de calidad concurrente de los datos antes generar el reporte, asimismo, se ha optimizado al máximo el tiempo de procesamiento de la información (puede personalizarse los rangos de edad).



Registro en Línea del Nacido Vivo. Mediante el esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, se ha desarrollado un sistema web que permite a los establecimientos de salud que atienden partos, registrar al recién nacido en la misma sala de partos, generando así el certificado de nacido vivo. Con este sistema se reduce el margen de error de los datos y se evita la posibilidad de falsificaciones.

Desde febrero del 2013, el sistema de CNV en línea lo asume la Oficina de Estadística, realizando el seguimiento y monitoreo del uso por cada EESS.

El sistema viene funcionando en 225 establecimientos de salud que pertenecen a 23 departamentos. Desde marzo 2012 hasta octubre de 2013, se han registrado 253,864 recién nacidos.

COMPRAS CORPORATIVAS

- ✓ Durante el año 2013 se adjudicó aproximadamente 402 millones de nuevos soles en procesos de Compras Corporativas, tanto de la adquisición de medicamentos como de la primera compra corporativa de dispositivos médicos, siendo que en cada proceso se adjudicó 360 (94.5%) medicamentos vía subasta inversa, 49 (84.5%) medicamentos vía proceso clásico y 24 (60%) dispositivos médicos vía proceso clásico. En dichos procesos corporativos se ha obtenido un ahorro de S/. 46.2 millones respecto al valor referencial convocado, representando para EsSalud S/. 24.2 millones y MINSA S/. 19.5 millones, siendo las entidades con los mayores montos de ahorro.

Compras Corporativas del año 2013

Descripción	Modalidad	N° Ítem Adjudicados
Adquisición de Medicamentos	Subasta Inversa	360 (94.5% de los ítems convocados)
Adquisición de Medicamentos	Proceso Clásico	49 (84.5% de los ítems convocados)
Adquisición de Dispositivos Médicos	Proceso Clásico	24 (60% de los ítems convocados)

Asimismo, durante el último trimestre 2013, se convocaron los tres nuevos procesos de Compras Corporativas para el abastecimiento del año 2014, por un valor referencial de aproximadamente S/. 680.5 millones, a través de los cuales se está convocando 424 medicamentos (S/. 491.9 millones) vía subasta inversa, 60 medicamentos (S/. 67.6 millones) vía proceso clásico y 82 dispositivos médicos (S/. 120.9 millones) vía proceso clásico, los



Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea



cuales, tienen un estimado de buena pro en el mes de febrero del 2014.

SUMINISTRO CENTRALIZADO

Durante el año 2013 se ha tenido un abastecimiento sostenido de los recursos estratégicos que se distribuyen de forma centralizada como es el caso de los productos utilizados para las intervenciones sanitarias de alto impacto en salud pública como son Inmunizaciones, VIH/SIDA, Tuberculosis, Zoonosis, Metaxénicas, Salud Sexual y Reproductiva, Pronahebas, Saneamiento Ambiental, entre otras.

Es importante mencionar que para lograr la adquisición de los diferentes productos utilizados en estas intervenciones, se gestionó y se aprobó en la Ley de Presupuesto facultades para que el Ministerio de Salud compre vacunas y otros medicamentos a través de la OPS y UNICEF en la modalidad de convenios de administración de recursos, lo cual permite a la DARES viabilizar adquisiciones de aquellos productos en los que no se cuenta con proveedores en el mercado nacional.

Como se muestra en el siguiente cuadro, en el presente año se ha distribuido un aproximado de S/. 298 millones, es decir aprox. 10% más de lo que se ha abastecido en el año 2012.

INTERVENCIONES	Distribución Valorizada (S/.)	
	2012	2013
CONTROL DE AGUAS		6,000.00
INFLUENZA H1N1	5,733.35	57,052.24
INMUNIZACIONES	213,191,696.89	200,660,575.20
ITS - VIH/SIDA	30,309,277.70	34,432,718.01
LEPRA	8,881.08	967.02
METAXENICAS Y OTV	3,020,969.72	17,220,996.03
NUTRICION		859,580.25
PRONAHEBAS		6,308,736.00
SALUD MENTAL	10,500.00	18,506.36
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	6,316,259.80	16,634,846.10
TUBERCULOSIS	10,135,830.97	11,700,004.37
ZOONOSIS	9,717,705.04	10,127,140.64
Total (S/.)	272,716,854.55	298,027,122.22

Dicho abastecimiento cubre el abastecimiento anual y los respectivos stock de seguridad en las diferentes DISA/DIRESA/GERESA del ámbito nacional.

BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO

Otro logro importante durante el año 2013, es la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) con las que cuenta el Almacén Central de la DARES (1,700 m²), el mismo que fue otorgado por la DIGEMID en enero del 2013 y tiene un periodo de vigencia de tres años.



Para dar sostenibilidad a las BPA, la DARES viene efectuando validación y mejora continua de los procedimientos vinculados a la recepción, almacenamiento y distribución de los productos, así como fortaleciendo la capacidad técnica de los recursos humanos.

De otro lado, se inició el apoyo de PARSALUD para la elaboración del perfil de factibilidad para la construcción del Almacén Especializado de la Cadena de Frio para productos Biológicos, principalmente vacunas, para lo cual, se cuenta con un área disponible de 1,548 m².

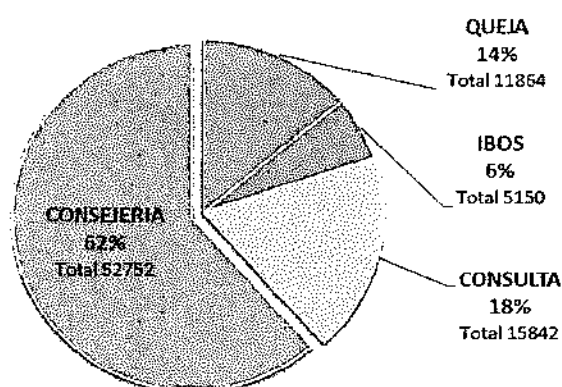
Respecto a Atención de Casos: quejas, consultas, IBOS y consejerías

En el período de enero a diciembre 2013, la Defensoría de la Salud y Transparencia realizó un total de 85,608 intervenciones entre quejas, consulta e IBOS (Intervenciones de Buenos Oficios).

INTERVENCIONES	TOTAL
QUEJA	11,864
IBOS	5,150
CONSULTA	15,842
CONSEJERÍA (Infosalud)	52,752
TOTAL	85,608

Fuente: Sistema de Ingreso de Registro de Expedientes (SIRE).

En el gráfico que se presenta a continuación, se observa que la Consejería a cargo de Infosalud representa el 62% de las intervenciones, seguida de las consultas con un 18% y quejas con 14%.



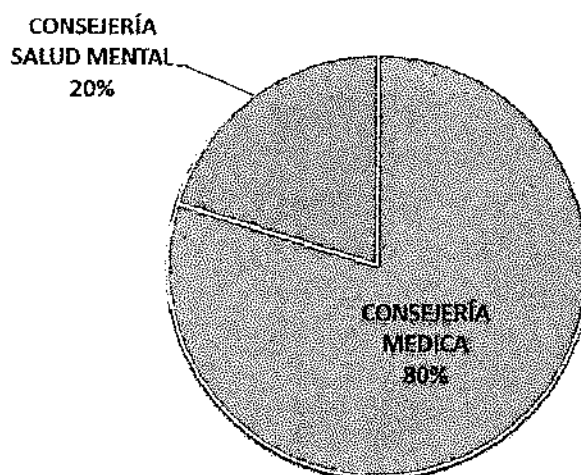
Del total de 11,864 quejas recibidas durante el año 2013, la Defensoría de la Salud y Transparencia concluyó 11,478 representando el 97% de casos ingresados, asimismo se concluyeron 5,132 IBOS es decir el 99% de este tipo de intervenciones defensoriales.



INTERVENCIÓN	CONCLUIDO	
QUEJA	11,478	97%
IBOS	5,132	99%

Asimismo, se han realizado durante el año 2013 un total de 52,752 consejerías a cargo de Infosalud, las cuales se dividen en dos rubros: Consejería Médica y Consejería en salud mental.

AREAS DE CONSEJERÍA	TOTAL
CONSEJERÍA MÉDICA	42021
CONSEJERÍA EN SALUD MENTAL	10731
TOTAL	52752



Fuente: Sistema de registro de Infosalud.

Asimismo, la labor de asistencia técnica ha permitido que durante el año 2013 se hayan implementado las Defensorías de la Salud en las Regiones de Tumbes, San Martín, Huancavelica y Lima Provincias. De igual manera, se ha continuado brindando asistencia técnica (elaboración de documentos de funcionamiento, procedimiento de atención, pasantías e informes defensoriales) a las Defensorías ya existentes en las Regiones de Huánuco, Puno y Junín.

De otro lado, se aprobaron los siguientes documentos:

- ✓ Resolución Ministerial N° 300-2013/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 195 MINSA/DST-OGGRH-V.01 denominada "Directiva para la implementación de los Principios, Deberes y Prohibiciones Éticas en el Ministerio de Salud", conteniendo los lineamientos orientados a promover la correcta y transparente conducta y desempeño funcional de los empleados públicos del Nivel Central, órganos desconcentrados y organismos públicos adscritos al Ministerio de Salud.



- ✓ Mediante Resolución Ministerial N° 319-2013/MINSA se aprobó el *"Plan para la Promoción de la Ética, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción en el Ministerio de Salud 2013-2014"*, realizado de acuerdo a las Políticas de Estado en la materia y a los lineamientos del Plan Nacional de Lucha contra la Corrupción 2012-2016.

Dificultades presentadas

- ✓ Falta de un sistema único de información para la toma de decisiones. La información epidemiológica no está al alcance de todos los decisores y efectores.
- ✓ Alta rotación de profesionales y técnicos de los niveles operativos. La rotación o cambios constantes del personal de salud en las diferentes unidades ejecutoras y redes ha afectado a los referentes institucionales, como ha sido el caso de cambios en las jefaturas de establecimientos de salud, en las unidades ejecutoras, en los equipos técnicos de las Direcciones y Redes de Salud.
- ✓ Otro factor que ha influido en el cumplimiento de los programado es el esfuerzo demandado por el SIGA, ya que ha demandado mayor tiempo de trabajo de los coordinadores y/o responsables de diferentes estrategias o áreas, ya sea para la programación, reprogramación, ingreso de requerimientos al SIGA, especificaciones técnicas, seguimiento de los requerimientos y distribución entre otros.
- ✓ Insuficientes recursos humanos especializados para la evaluación de perfiles y expedientes técnicos de proyectos.
- ✓ Todavía resulta insuficiente los recursos humanos en la especialidad de arquitectura e ingeniería hospitalaria en las regiones que nos permiten mejorar la capacidad de respuesta.
- ✓ Las Unidades Ejecutoras de proyectos de inversión, cumplen con los procesos de gestión establecidos según las normas para la ejecución de los proyectos, sin embargo, la poca capacitación, la presencia de profesionales y técnicos no afines a las especialidades requeridas, la alta rotación del personal, el desarrollo autónomo sin coordinación de las áreas de línea que ejecutan los procesos, se han traducido en ineficiencia en su manejo, lo que se ve reflejado en largos periodos de ejecución.
- ✓ Implementar a nivel nacional el sistema de monitoreo diario de la distribución de recursos estratégicos de suministro centralizado, mediante comunicación diaria de la información de los Almacenes Especializados de las DISA/DIRESA.
- ✓ Desarrollar el proyecto de inversión para la implementación de la Central Nacional de Cadena de Frio y ser referente nacional para la formación y capacitación de recursos humanos para el manejo de la cadena de frio en las DISA/DIRESA.
- ✓ Insuficientes criterios de priorización de los problemas de salud pública en el nivel regional.



Análisis de la ejecución del presupuesto de ingresos, gastos e inversión

El Presupuesto Institucional Modificado para el año 2013 del Pliego 011 Ministerio de Salud, asciende a la suma de S/. 3 928 308 050,00, de los cuales el 82.0% son financiados por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios, el 10.2 % por la fuente Recursos Directamente Recaudados, el 0.4 % por la fuente Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito el 7.4 % por la fuente Donaciones y Transferencias.

PRESUPUESTO 2013 PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD

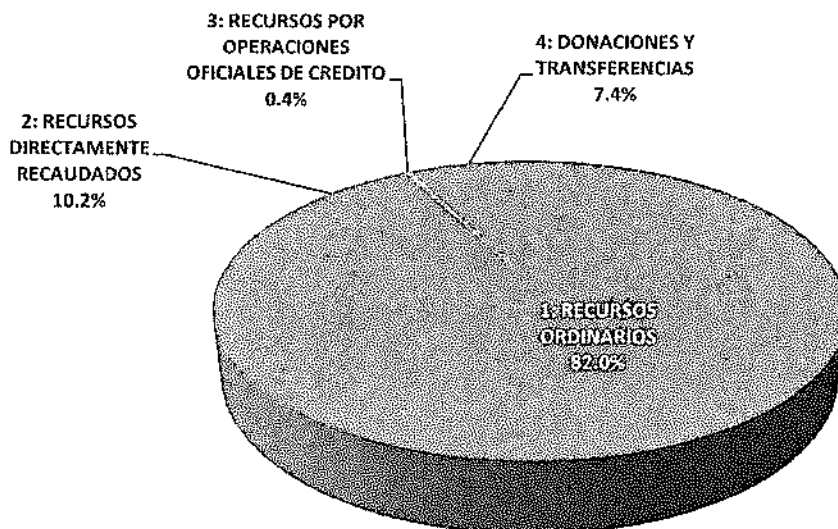
(Por Fuente de Financiamiento)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	%
1: RECURSOS ORDINARIOS	3,223,000,516	82.0
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	400,392,523	10.2
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	15,594,480	0.4
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	289,320,531	7.4
TOTAL	3,928,308,050	100.0

Fuente: Amigable MEF al 10-03-2014

Elaborado: OP-OGPP-MINSA

Presupuesto 2013 Pliego 011-Ministerio de Salud
Por Fuente de Financiamiento



En cuanto a la ejecución presupuestal, al finalizar el año 2013 alcanzó a la suma de S/. 3 683 383 767,00, lo que representa el 93.8 % del Presupuesto Institucional Modificado – PIM, que fue de S/. 3 928 308 050,00. Del total de ejecución, por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios la ejecución ascendió a 85.1 %, referente a los

Recursos Directamente Recaudados fue del 8.2 %, por Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito el 0.3 %, y por Donaciones y Transferencias 6.3 %.

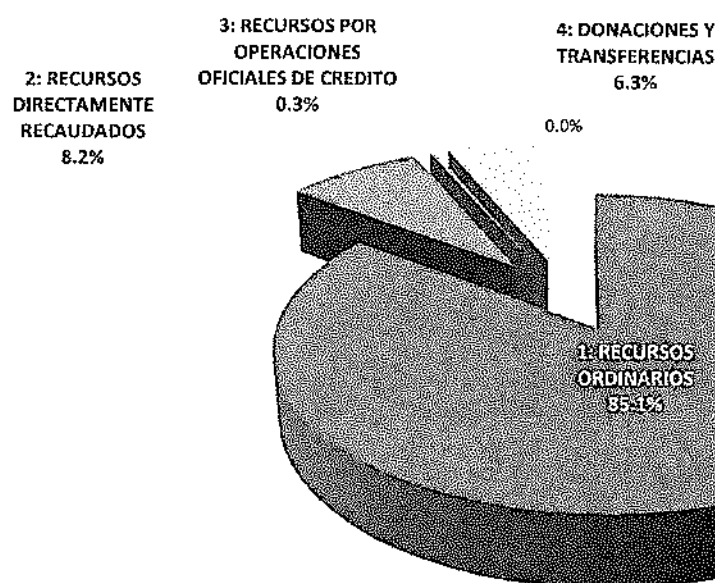
EJECUCION DEL PRESUPUESTO 2013 PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD
(Por Fuente de Financiamiento)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	EJECUCION	%
1: RECURSOS ORDINARIOS	3,223,000,516	3,135,483,733	85.1%
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	400,392,523	303,630,702	8.2%
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	15,594,480	11,639,398	0.3%
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	289,320,531	232,629,934	6.3%
TOTAL	3,928,308,050	3,683,383,767	100.0%

Fuente: Amigable MEF al 10 -03-2014

Elaborado: OP-OGPP-MINSA

Ejecución del Presupuesto 2013 Pliego 011 Ministerio de Salud



Los ingresos recaudados al finalizar el año 2013, ascendieron a la suma de S/. 736 579 018,00, monto que representa el 104% respecto al Presupuesto Institucional Modificado. Del total de los ingresos recaudados, el 56.8 % corresponde a la fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados, por Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito se obtuvo 1.9 % y por Donaciones y Transferencias el 41.3 %.



RECAUDACION DE INGRESOS 2013 POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

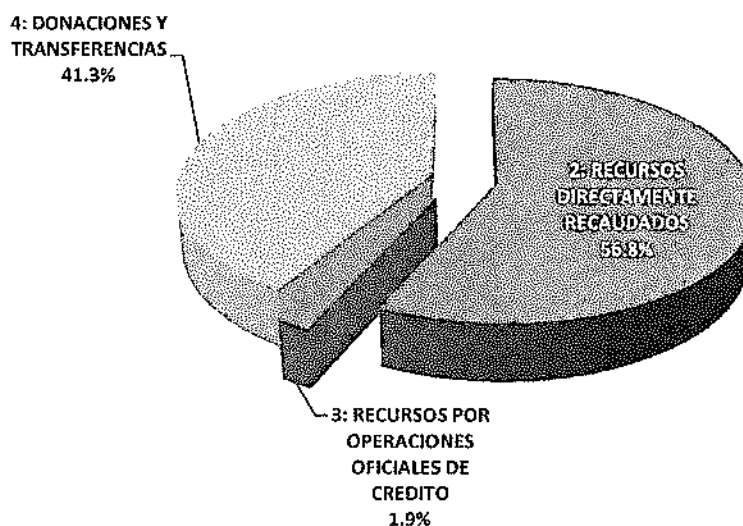
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	RECAUDACION	%
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	400,392,523	418,188,158	56.8
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	15,594,480	13,647,541	1.9
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	289,320,531	304,743,319	41.3
TOTAL	705,307,534	736,579,018	100.0

Fuente: Amigable MEF al 10 -03-2014

Elaborado: OP-OGPP-MINSA

Recaudación 2013 por Fuente de Financiamiento Pliego 011 -
Ministerio de Salud



De acuerdo a la información obtenida, las inversiones del Pliego MINSA tuvo un presupuesto modificado de S/. 378 280 361,00, por toda fuente de financiamiento y una ejecución de S/. 311 251 538,00, que representa el 82.3 %. Por la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios se ejecutó el 83.1 %, por Recursos Directamente Recaudados el 39.9 %, por Recursos Por Operaciones Oficiales de Crédito el 74.6 % y la fuente Donaciones y Transferencias 7.1 %.



ESTADO DE EJECUCION DE PROYECTOS DE INVERSION 2013
PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD

(Por Fuente de Financiamiento)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIM	EJECUCION	%
1: RECURSOS ORDINARIOS	359,794,750	299,012,950	83.1
2: RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	1,198,158	478,387	39.9
3: RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	15,594,480	11,639,398	74.6
4: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1,692,973	120,803	7.1
TOTAL	378,280,361	311,251,538	82.3

Fuente: Amigable MEF al 10-03-2014

Elaborado: OP-OGPP-MINSA

Cabe indicar que se realizaron modificaciones presupuestales de transferencias a los Gobiernos Regionales.

El presupuesto modificado para las inversiones por la fuente de Recursos Ordinarios fue de S/. 359 794 750,00 nuevos soles, lográndose ejecutar S/. 299 0012 950,00 nuevos soles, que representa el 83.1 %.

