



INFORME DE GESTION 2014

INDICE

Presentación	3
Marco Estratégico e Institucional	5
Logros alcanzados en función a los Objetivos Generales	8
Retos afrontados y Agenda pendiente	74

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud es la autoridad de salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

En el marco de la Reforma del Sector Salud, el MINSA viene impulsando una política de modernización en la gestión del sector en su conjunto. Como parte de ello, aprobó la Hoja de Ruta para la implementación de la Reforma Institucional y el Mapa de Procesos del MINSA, con el fin de construir un modelo de gestión en el sector que reafirme su rol rector y genere una cadena donde cada actor que participa genere valor público para brindar servicios con calidad y oportunidad a los ciudadanos.

Otro importante hito es que la reforma promueve un mejor desempeño del personal, impulsa la meritocracia y hace más atractivo el trabajo en salud en zonas alejadas. La política remunerativa que está aplicando el Ministerio de Salud tiene cuatro objetivos centrales: lograr la equidad en los ingresos básicos del personal de Lima y las regiones; promover un mejor desempeño en el personal para asegurar una mejor atención al público; impulsar la meritocracia y reconocer el esfuerzo personal del trabajador; y hacer más atractivo el trabajo en salud, en particular en zonas donde es difícil atraer a profesionales. Bajo el nuevo modelo, la remuneración del personal de salud está conformada por un ingreso básico, que se ha incrementado de forma sustancial en el último año, y bonificaciones diferenciadas, de acuerdo al nivel de atención o gestión que el colaborador cumpla. Se establecen incentivos para el trabajo en atención primaria, atención especializada, zonas alejadas y de frontera, y zonas de emergencia. También se implementarán bonos por atención en servicios críticos, por responsabilidad jefatural y por departamentos o servicios hospitalarios. De forma adicional, existe una bonificación institucional por cumplimiento de metas, indicadores de desempeño y compromisos de mejora en el servicio, igual a una remuneración anual. Para lograrlo, se han suscrito convenios de gestión con los gobiernos regionales, los hospitales y las redes de Lima.

Esta política integral de remuneraciones se viene aplicando desde el 2013 y terminará de ser implementada, en cuatro etapas, en el 2015.

Asimismo, uno de los pilares de la reforma es llevar más y mejores servicios de salud a todos los peruanos, en particular a aquellos que viven en zonas carentes de estos. Esta labor está a cargo del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), que actúa en todo el país acercando la atención de salud a las comunidades alejadas y de difícil acceso para la atención de urgencias tales como el riesgo de muerte materno-infantil. Este servicio se ha reforzado con la adquisición de 234 ambulancias.

Al año 2014, todas las madres gestantes y niños por nacer cuentan con un seguro; medio millón de trabajadores independientes fueron cubiertos por el SIS Emprendedor; estuvieron en operación las Brigadas de Especialistas Más Salud, en las regiones, y Farma-SIS, que facilitaron la dotación de medicinas para tratar males crónicos; es así que se presenta el Informe de Gestión 2014 del Ministerio de Salud, que recoge los principales logros en el año 2014.

MARCO ESTRATÉGICO E INSTITUCIONAL

En 2002, el Ministerio de Salud mediante la Ley N° 27657¹, Ley del Ministerio de Salud configura conceptos, objetivos, procesos y nuevos escenarios, relevando el rol de Autoridad frente al Sistema Nacional de Salud. En ese marco de cambios, en el 2002 se da también inicio al proceso de descentralización en el país, se configuran los Gobiernos Regionales y Locales, lo mismo que a través de la Ley Bases de Descentralización y las Leyes Orgánicas de Gobiernos Regionales y de Municipalidades, permite la transferencia del modelo centralista a un modelo de transferencia de competencias que tenía por objetivo asegurar acercar el Estado al ciudadano y a sus necesidades y contextos territoriales; sin embargo, mientras duró este proceso la cultura de vinculación del Ministerio con las Direcciones Regionales de Salud se mantuvo fuertemente durante esa década a medida que el proceso de descentralización iba desarrollándose y madurando. Con dicha transferencia, la administración de los servicios de salud se transfiere a los Gobiernos Regionales, conservándose en el nivel central, la gerencia de servicios de salud de nivel nacional (hospitales nacionales) e institutos, así como las redes y sus establecimientos de salud en el ámbito de Lima Metropolitana.

Es así que el Ministerio decide consolidar el proceso de reforma que se ha venido llevando a lo largo de varios años, y en el año 2012, propone, bajo acuerdo con el Consejo Nacional de Salud, la Reforma del Sector Salud. Para tal fin, mediante Ley N° 30073, el Congreso de la República delega al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud, disponiendo entre otros la reorganización del Ministerio de Salud y la modernización del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de fortalecer la rectoría nacional y optimizar la oferta de servicios integrados que otorguen efectividad y oportunidad en las intervenciones, seguridad del paciente, calidad del servicio y capacidad de respuesta a las expectativas de los usuarios. Con esos Decretos Legislativos se pone de manifiesto un conjunto de arreglos normativos que instalan la oficialización de la ruta de la Reforma. En ese sentido, la Reforma busca concentrarse en 4 pilares:

- **MÁS Personas protegidas**

Involucra el cierre total de las brechas en la atención de salud, es decir, que todos los peruanos tengan un seguro con cobertura de salud integral y gratuita, sin que ninguna condición limite su derecho de recibir atención de calidad. Se alienta, además, la cobertura de emprendedores.

- **MÁS y Mejores servicios**

Las personas tienen derecho a recibir una atención calificada en establecimientos bien equipados, con horarios ampliados y atención eficiente, además de medicinas

¹ Derogada por el Decreto Legislativo N° 1161

adecuadas. Para lograr una mejor cobertura, se hace uso de las APP, sin que esto implique privatizar el servicio.

- **MÁS protección de derechos en Salud.**

El trabajo articulado y la corresponsabilidad son dos características de la reforma. El SIS interviene como el financiador de servicios y la nueva Superintendencia de Salud (SUSALUD) vela por el derecho del ciudadano a una atención de calidad, en los ámbitos públicos y privado.

- **MÁS rectoría y gobernanza del sistema.**

Como conductor de la reforma, el MINSA está modernizándose para fortalecer su rol rector a nivel nacional. Los cambios incluyen la creación de un Viceministerio de Salud Pública, la creación y fortalecimiento de organismos especializados, y la organización basada en procesos en la institución y el sector.

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.

LOGROS ALCANZADOS EN FUNCION A LOS OBJETIVOS GENERALES:

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

Mortalidad Materna

La mortalidad materna y neonatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas, entre otras. En América Latina la razón de mortalidad materna es de 74.3 x 100,000 nacidos vivos y en el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere que la razón fue de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000 nv lo que representa un importante descenso.



Sin embargo, a pesar que de manera global hemos logrado reducir los indicadores respecto a muertes maternas en los últimos años, al interior del país, entre áreas y regiones, existen brechas que revelan que las muertes afectan de manera especial a mujeres de menores recursos, de más bajos niveles educativos, principalmente de áreas rurales afectando de manera especial a las mujeres pertenecientes a los distintos grupos indígenas dispersos por todo el país. Es decir el fenómeno de muerte materna traduce las inequitativas situaciones vigentes que respecto al bienestar que viven muchas mujeres en el país.

Hasta la semana epidemiológica 53 del año 2014, tenemos registradas 400 muertes maternas, existiendo un incremento del 5% o sea 20 muertes maternas más en comparación con el año 2013.



Número de muertes maternas por departamentos Perú 2000 – 2014*

DEPARTAMENTO	AÑO														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
AMAZONAS	16	18	15	18	12	17	19	12	13	20	14	12	14	13	12
ANCASH	31	30	28	14	23	28	24	19	16	21	19	15	22	16	15
APURIMAC	12	7	13	9	18	14	9	8	7	6	4	6	13	2	3
AREQUIPA	5	6	5	17	13	8	17	17	17	13	9	10	16	9	8
AVACUCHO	20	23	21	19	20	21	24	12	14	8	13	14	14	8	9
CAJAMARCA	67	48	55	65	59	59	50	55	43	55	47	35	43	31	32
CALLAO	5	4	7	8	4	3	12	7	13	8	5	6	8	13	19
CUSCO	58	41	54	43	53	45	19	25	21	17	21	26	23	20	29
HUANCAVELICA	16	29	16	33	39	18	12	14	19	13	23	9	8	6	8
HUANUCO	44	39	36	30	32	35	25	23	18	18	20	19	10	11	9
ICA	7	1	1	7	7	10	3	8	0	1	6	7	7	6	3
JUNIN	37	23	26	25	35	35	29	34	28	22	23	17	11	17	26
LA LIBERTAD	44	29	33	42	46	37	32	30	50	33	38	44	32	29	31
LAMBAYEQUE	25	25	11	13	21	27	16	27	16	30	14	15	15	14	12
LIMA	22	36	46	44	60	60	46	54	63	61	51	58	70	46	41
LORETO	36	29	30	26	30	31	32	36	39	29	32	36	30	32	30
MADRE DE DIOS	2	3	2	0	5	4	0	2	2	4	2	4	1	7	2
MOQUEGUA	2	0	0	1	3	0	2	4	2	1	2	0	2	3	0
PASCO	8	6	7	30	9	7	9	8	8	7	11	4	7	5	13
PIURA	41	49	42	37	51	47	29	33	41	39	28	33	35	27	29
PUNO	74	48	54	66	65	53	56	38	43	37	40	42	30	26	26
SAN MARTIN	25	15	16	18	11	20	23	22	26	32	17	13	14	10	16
TACNA	1	1	1	2	6	4	4	3	1	2	1	3	4	5	1
TUMBES	0	2	2	2	0	3	2	3	3	2	4	2	3	5	2
UCAYALI	9	13	6	10	16	10	14	11	19	12	13	15	10	14	23
PERU	605	521	529	558	626	586	508	513	524	481	457	445	448	380	400

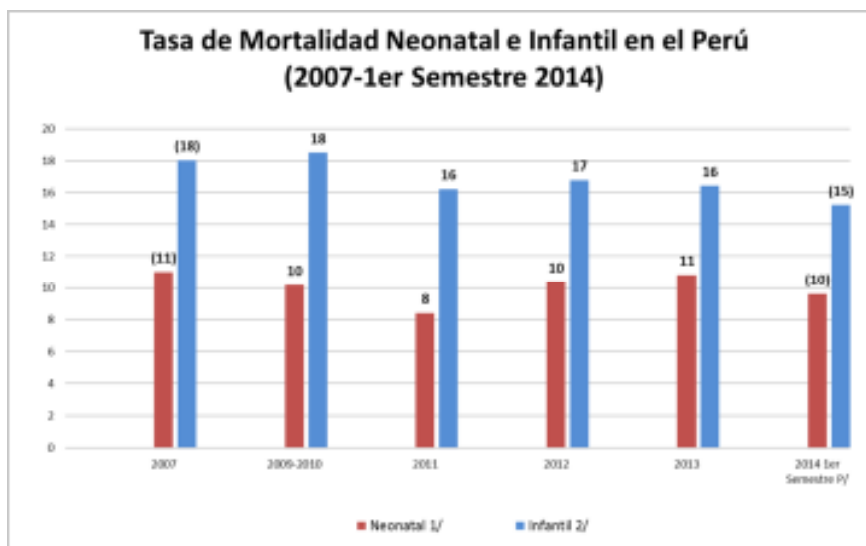
En toda la tabla se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales).

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*): Hasta la SE 53 del 2014

Cabe resaltar que el comportamiento de la muerte materna en estos últimos años ha descendido considerablemente en las regiones de mayor pobreza en el país: Huancavelica, Ayacucho y Apurímac.

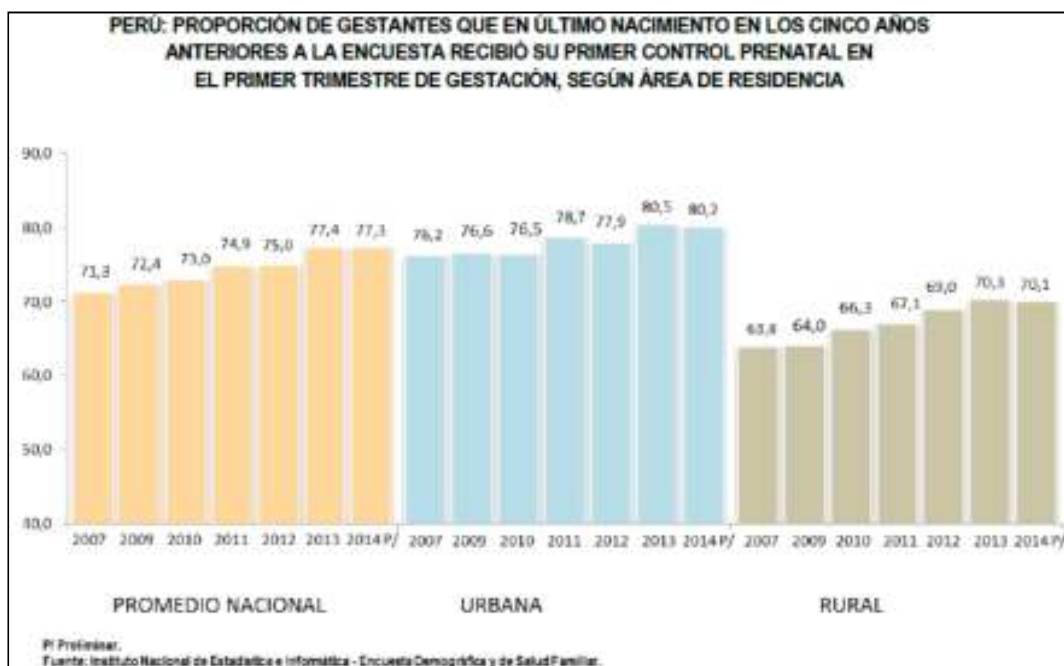
Mortalidad Infantil

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) desde el 2007 al primer semestre del 2014 muestran que la tendencia de la mortalidad infantil continúa disminuyendo, llegando 15 por cada mil nacidos vivos en el primer semestre del 2014, lo que significa una disminución de 1 punto en comparación al año 2013. Sin embargo durante ese mismo periodo la mortalidad neonatal se mantiene estacionaria, llegando 10 por cada mil nacidos vivos en el primer semestre del 2014. La respuesta del Estado a la mortalidad neonatal se ha traducido en un avance de los lineamientos de política como el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, la actualización de la normatividad sobre Atención Integral de Salud Materna y Atención Integral de Salud Neonatal y la adecuación cultural de los servicios de salud.



El **control prenatal** se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Este control permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto; quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo, al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente.

En el año 2014, el 77,3% de mujeres gestantes en su último nacimiento recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo; en el área urbana fue 80,2% y en el área rural 70,1%.



Atención Prenatal

En relación a las gestantes que recibieron 6 ó más controles pre-natales, este indicador se ha incrementado reportándose un incremento de 50.6% al 2000, logrando un 87.5% para 2014 (según ENDES).

Programa	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Programa Salud Materno-Neonatal	Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 ó más controles prenatales	80.80%	81.00%	83.50%	84.50%	87.3%	87.5%

Parto Institucional

Se denomina parto institucional a aquel parto atendido en un Establecimiento de Salud por personal de salud, en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario. A nivel internacional, se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio.

En el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la proporción de partos institucionales presenta un aumento, de 88,0% a 89,2%. Situación similar se advierte en el área rural que pasó de 68,5% a 71,9%. En el área urbana, no se observa diferencias significativas entre los años de análisis, pasó de 96,4% a 96,0%.



Parto Vertical

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

Con apoyo del PAR SALUD II, se realizó la capacitación del parto vertical con adecuación dirigida a profesionales de salud (Ginecólogos y Obstetras), con el fin de promover el parto vertical no sólo como una adecuación cultural de los servicios, si no como un derecho de todas las mujeres a decidir la forma de dar a luz de acuerdo a la evidencia científica.

Se capacitaron 282 profesionales, en las regiones de intervención del PARSALUD: Ayacucho (31), Huancavelica (20), Cajamarca (40), Puno (51), Apurímac (38), Amazonas (20) y Huánuco (40), Ucayali (20), Cusco (22). En las sedes de pasantías Cusco (C.S. Belepampa), Huancavelica (C.S. Churcampa), Ayacucho (C.S. San José de Secce, C.S. Vilcashuaman), Ucayali (Hospital Amazónico), Cajamarca (C.S. San Marcos).

Al 2014 (setiembre), según la Oficina de Estadística e Informática se lograron atender 32,846 partos verticales proyectándose un incremento en comparación del 2013, que fue 37,574.

PARTO VERTICAL	
REGIONES	2014
Amazonas	1,047
Ancash	2,172
Apurimac I	228
Apurimac II	483
Arequipa	799
Ayacucho	2,420
Cajamarca I	2,614
Cajamarca II - Chota	1,319
Cajamarca III - Cutervo	259
Cajamarca IV - Jaén	468
Callao	194
Cusco	3,145
Huancavelica	1,420
Huánuco	2,307
Ica	3
Junin	580
La Libertad	2,068
Lambayeque	124
Lima Ciudad	2,582
Lima Este	1,089
Lima Norte	1,344
Lima Sur	1,009
Loreto	1,341
Madre de Dios	37
Moquegua	22
Pasco	344
Piura I	235
Piura II	66
Puno	1,764
San Martín	317
Tacna	18
Tumbes	16
Ucayali	1,012
Total	32,846

Casas Maternas

Son los lugares de reposo y alojamiento de las gestantes que deciden dar a luz en algún Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive y que viven en zonas alejadas que ponen en riesgo su seguridad en el caso que no lleguen a tiempo para la atención de su parto. Los recursos financieros son igualmente importantes pero son en menor escala y pueden ser hallados con más facilidad cuando todos los actores sociales natos de la comunidad comparten responsabilidades.

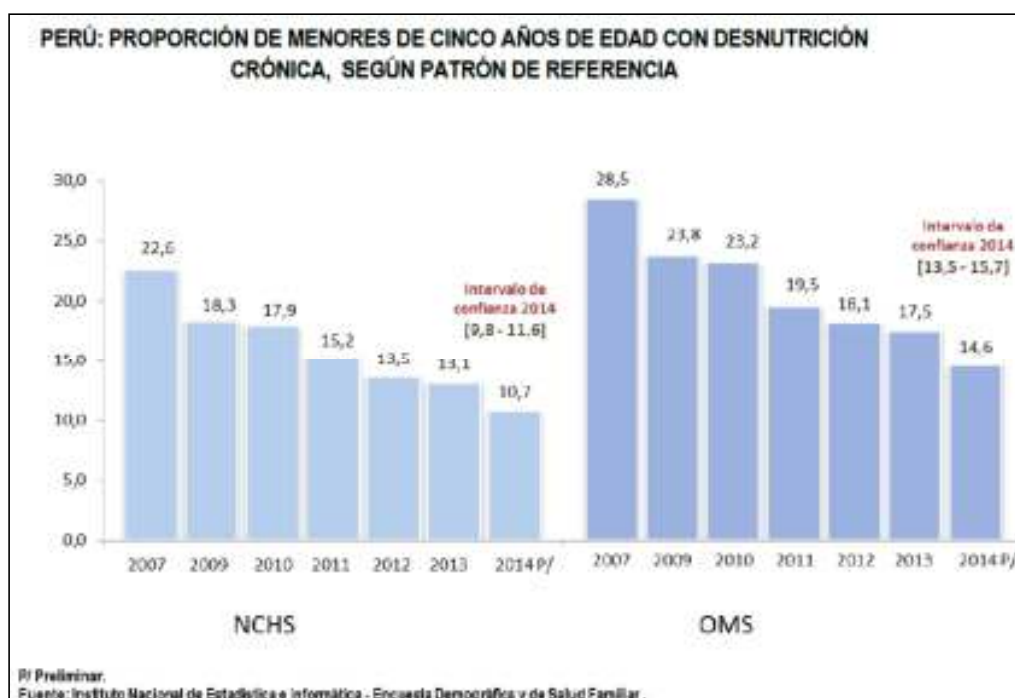
Actualmente se cuenta con 460 casas de espera que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales.

REGIONES CON CASAS MATERNAS	
REGIONES	CANTIDAD
CUSCO	103
HUANUCO	53
PUNO	48
HUANCAVELICA	43
AYACUCHO	39
CAJAMARCA	30
JUNIN	28
APURIMAC	22
ANCASH	15
AREQUIPA	14
SAN MARTIN	10
LA LIBERTAD	11
AMAZONAS	8
PASCO	7
LORETO	6
LIMA REGION	7
PIURA	6
LAMBAYEQUE	3
MOQUEGUA	3
UCAYALI	2
MADRE DE DIOS	2
TOTAL	460

OBJETIVO GENERAL 02:

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

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país. Disminuye, de 13,1% en el año 2013 a 10,7% en el 2014, cuando se utiliza el Patrón Internacional de Referencia recomendado por National Center for Health Statistics (NCHS) y con el Patrón de Referencia de crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pasó de 17,5% a 14,6%, en el mismo periodo.



Anemia

La anemia por déficit de hierro es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta al 46,8% de niñas y niños menores de tres años de edad. Esta deficiencia es más frecuente en el área rural (57,5%) que en el área urbana (42,3%), en el 2014.

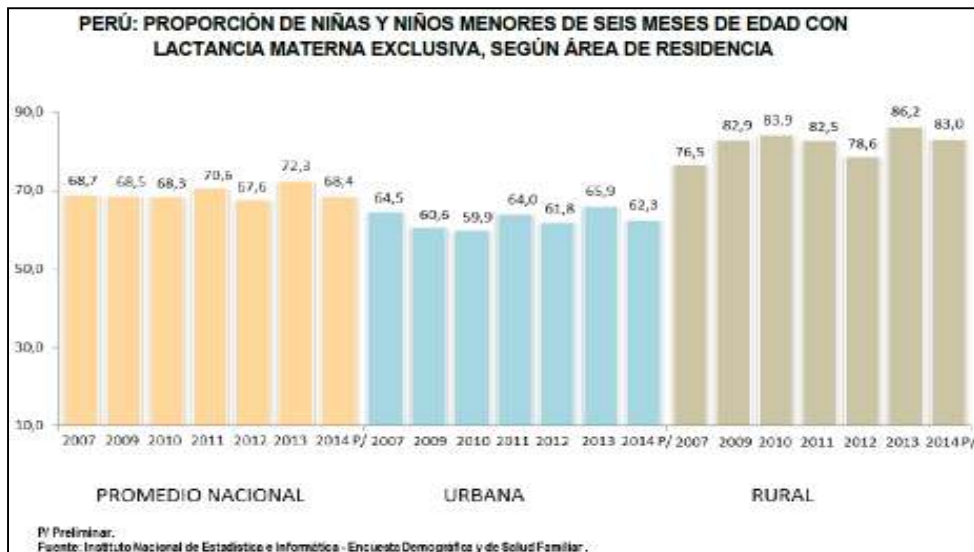
Con respecto al año 2013, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad no muestra cambios significativos pasó de 46,4% a 46,8%; sin embargo, en el área rural se incrementó, de 51,7% a 57,5%.



Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o al niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados.

En el año 2014, el 68,4% de niñas y niños menores de seis meses de edad recibieron leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (83,0%) que en el área urbana (62,3%). En el periodo de análisis, la prevalencia de la lactancia materna revela que en el área urbana esta práctica bajó de 65,9% a 62,3% y en el área rural, de 86,2% a 83,0%.



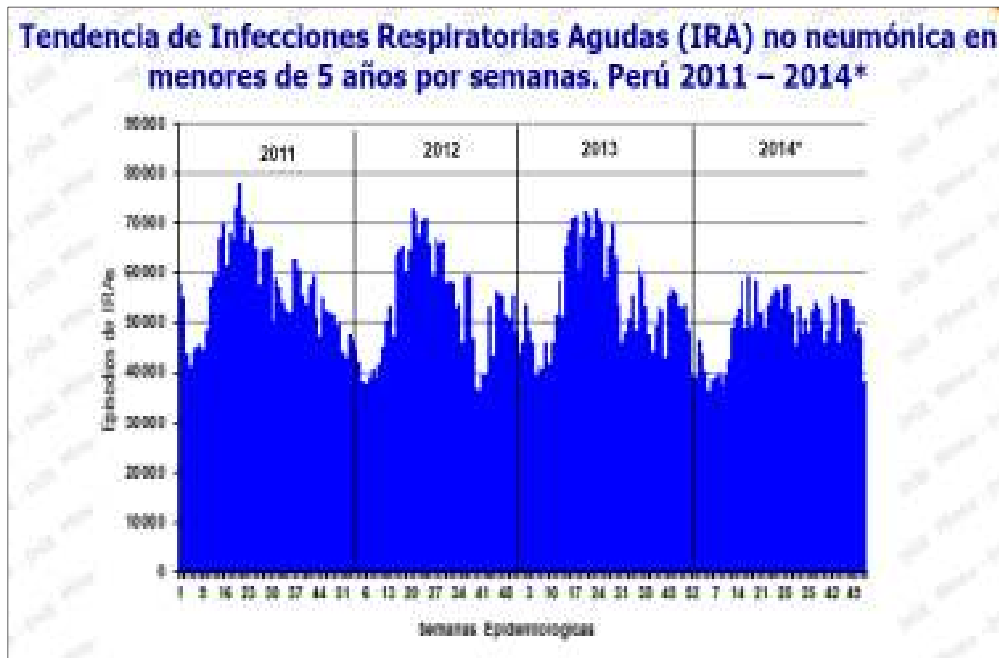
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las Infecciones Respiratorias Agudas “IRA” son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de morbilidad en niñas y niños menores de cinco años y en personas mayores de 60 años de edad. Las IRA son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

A nivel nacional, en el año 2014, el 17,5% de los menores de tres años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia un incremento respecto a la estimación del año 2013 (14,8%). Según área de residencia, en el área rural se observó un aumento de 5,3 puntos porcentuales (de 14,8% a 20,1%) y en la urbana, de 1,7 puntos porcentuales (de 14,8% a 16,5%).



Hasta la SE 53, se notificaron 25 520 episodios de neumonía en menores de 5 años, que representa una IA de 88,6 episodios de neumonía x 10 000 menores de 5 años. La TIA ha disminuido en los 6 últimos años y en el 2014, esta tendencia se mantiene. El 35,6 % (9095/25 520) de los casos fueron hospitalizados. Se notificaron 263 defunciones por IRA en menores de 5 años. Los datos de la Dirección General de Epidemiología muestran una tasa de letalidad de la neumonía en niños menores de 5 años de 1.0%.



Fuente: RENACE-DGE-MINSA



Fuente: RENACE-DGE-MINSA

Episodios de neumonías y defunciones en menores de 5 años por departamentos del Perú, 2010* – 2014*

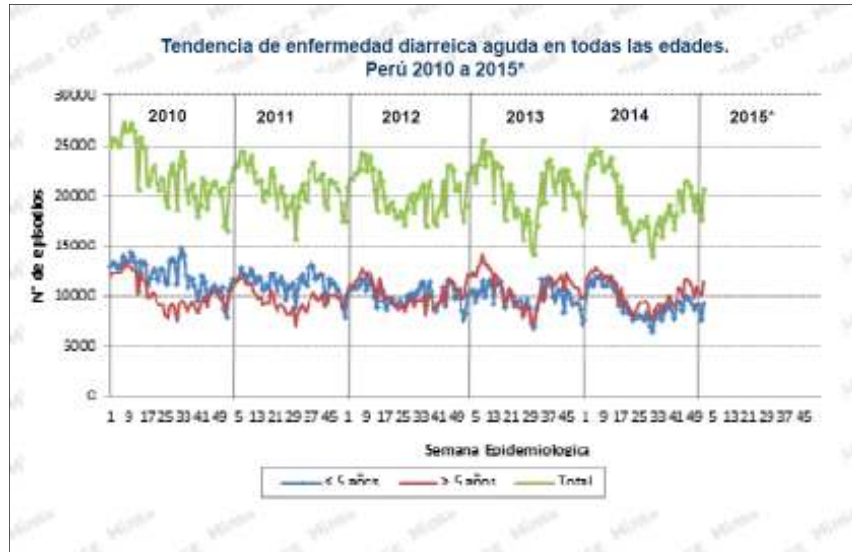
Departamentos	Neumonías					Defunciones					Letalidad *				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
LIMA	7858	7462	8150	7783	7584	15	15	26	29	18	0.2	0.2	0.3	0.4	0.2
PIURA	2155	2188	3498	3294	1691	14	11	12	16	13	0.6	0.5	0.3	0.5	0.8
LORETO	3594	3717	3278	2667	2204	47	60	68	63	26	1.3	1.6	2.1	2.4	1.2
CAJAMARCA	2017	2178	1375	1870	951	11	5	14	17	4	0.5	0.2	1.0	0.9	0.4
AREQUIPA	1963	1839	1669	1634	1389	10	27	12	5	6	0.5	1.5	0.7	0.3	0.4
HUANUCO	1840	1653	1799	1440	1051	35	29	25	22	15	1.9	1.8	1.4	1.5	1.4
UCAYALI	2042	1422	1333	1400	1030	17	9	18	20	10	0.8	0.6	1.4	1.4	1.0
CUSCO	1748	1386	1375	1386	1049	30	27	26	44	34	1.7	1.9	1.9	3.2	3.2
PUNO	1763	1372	1362	1343	729	111	58	59	48	36	6.3	4.2	4.3	3.6	4.9
LA LIBERTAD	1132	919	1054	1107	780	44	17	14	9	7	3.9	1.8	1.3	0.8	0.9
JUNIN	1040	840	876	1008	1351	21	19	33	39	23	2.0	2.3	3.8	3.9	1.7
ANCASH	1156	863	763	968	538	14	7	4	9	3	1.2	0.8	0.5	0.9	0.6
LAMBAYEQUE	702	608	687	901	586	3	5	3	3	1	0.4	0.8	0.4	0.3	0.2
SAN MARTIN	982	923	607	805	881	8	10	1	5	3	0.8	1.1	0.2	0.6	0.3
CALLAO	1383	1386	915	727	693	3	3	3	9	5	0.2	0.2	0.3	1.2	0.7
AMAZONAS	738	802	592	662	524	11	14	11	14	9	1.5	1.7	1.9	2.1	1.7
ICA	630	608	546	553	521	0	2	3	8	2	0.0	0.3	0.5	1.4	0.4
PASCO	822	681	640	506	344	10	7	12	13	7	1.2	1.0	1.9	2.6	2.0
HUANCAVELICA	777	546	439	482	364	26	12	11	20	11	3.3	2.2	2.5	4.1	3.0
AYACUCHO	535	412	441	436	523	8	12	11	11	20	1.5	2.9	2.5	2.5	3.8
APURIMAC	796	486	454	414	313	5	5	3	4	5	0.6	1.0	0.7	1.0	1.6
TUMBES	260	258	192	295	110	2	0	2	6	0	0.8	0.0	1.0	2.0	0.0
TACNA	202	241	208	220	87	0	8	6	6	3	0.0	3.3	2.9	2.7	3.4
MOQUEGUA	179	162	181	220	104	0	2	3	0	0	0.0	1.2	1.7	0.0	0.0
MADRE DE DIOS	250	249	264	161	123	0	1	4	0	2	0.0	0.4	1.5	0.0	1.6
Total general	36564	33201	32698	32282	25520	445	365	384	420	263	1.2	1.1	1.2	1.3	1.0

Enfermedad Diarreica Aguda

La Enfermedad Diarreica Aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, bajo nivel educativo y saneamiento inadecuado.

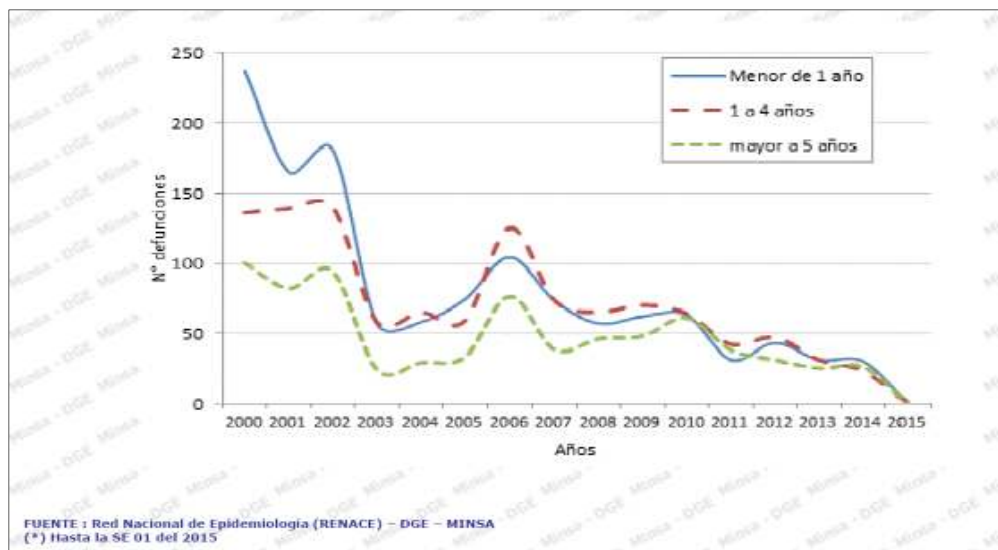


En el año 2014, a nivel nacional el 15,3% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron Diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (17,0%). Respecto a las estimaciones del año 2013, muestran un incremento, en el área urbana de 13,1% a 14,6% y en el área rural, de 15,1% a 17,0%.



Fuente: RENACE-DGE-MINSA

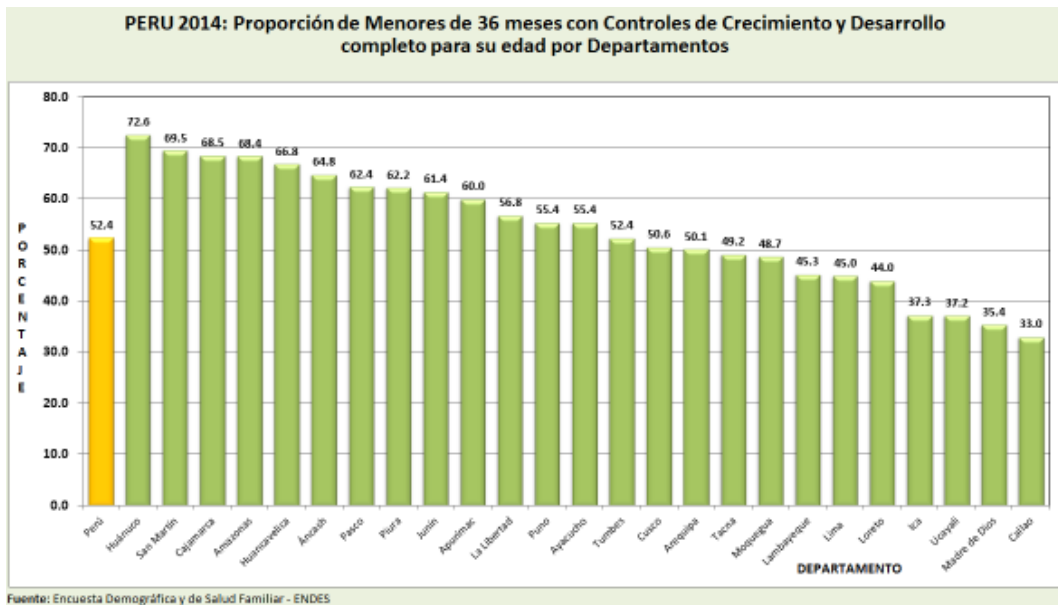
La Dirección General de Epidemiología a través del sistema de vigilancia epidemiológica ha reportado tendencia a la disminución en la EDA, hasta la semana epidemiología 53 del 2014 se reportaron 486 104 casos de EDA en menores de 5 años. El 1,05 % (5 125/486 104) de los casos fueron hospitalizados. Se notificaron 53 defunciones por EDA en menores de 5 años. Los datos de la Dirección General de Epidemiología muestran una tasa de letalidad de las EDAS en niños menores de 5 años es de 0.01 %.(Fuente: RENACE-DGE-MINSA).



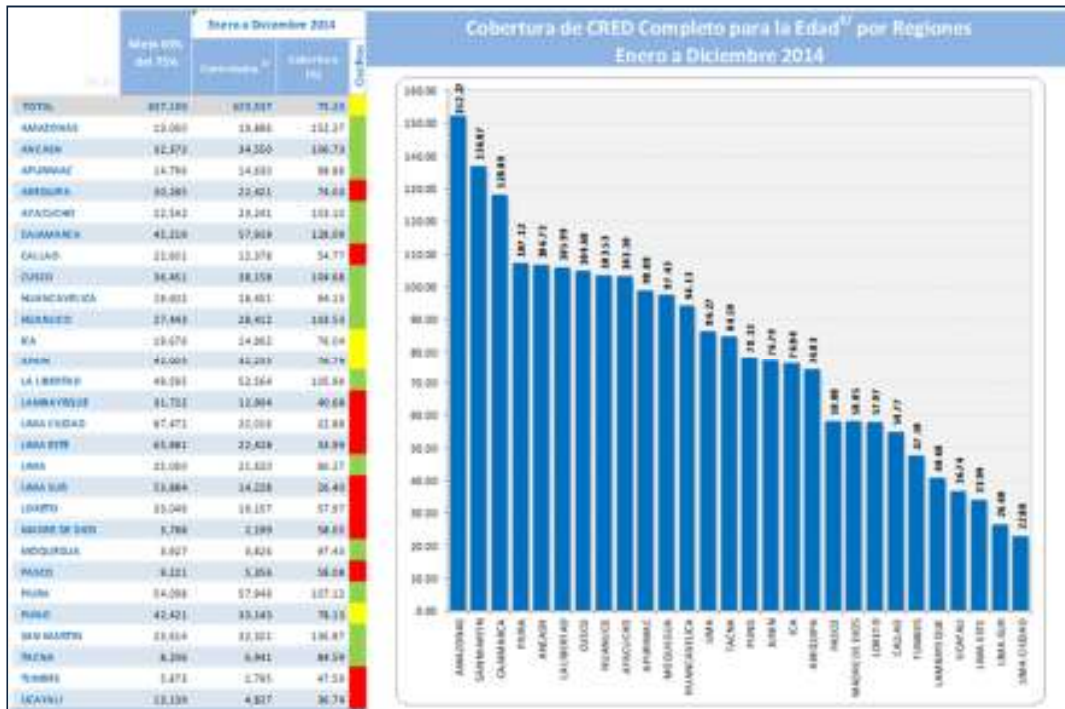
FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
 (*) Hasta la SE 01 del 2015

Incremento de las coberturas de control de crecimiento y desarrollo del menor de 36 meses

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - ENDES, 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%). En el año 2014 se superó en 2.1 puntos porcentuales a la cobertura lograda en el 2013.

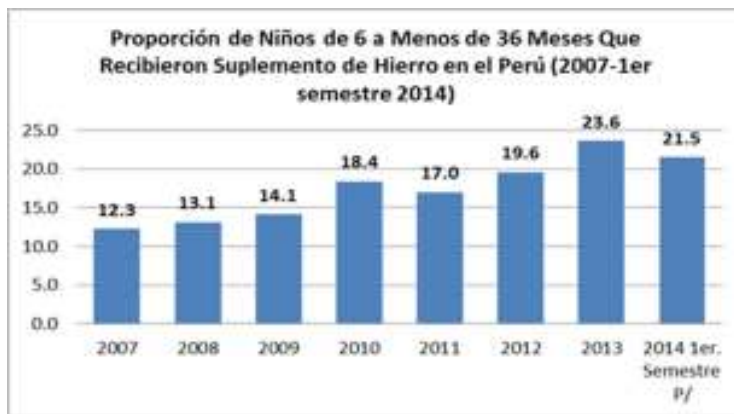


Según el reporte HIS de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, para el año 2014 a nivel nacional se logró una cobertura del 75.20 % de la población programada.



Incremento de la proporción de niños de niños de 06 a menos de 36 meses que reciben suplemento de hierro.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES, al primer semestre del 2014 la proporción de niños de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro es de 21.5.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

Documentos Normativos Aprobados:

- ✓ Aprobación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014-2016, mediante Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA.
- ✓ Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP.V.01, “Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño”, mediante Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA.
- ✓ Directiva Sanitaria N° 056-MINSA.V.01 “Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses”, mediante Resolución Ministerial N° 706-2014/MINSA.
- ✓ Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño, mediante Resolución Ministerial N° 935-2014/MINSA.
- ✓ Documento Técnico: Plan Nacional “Bienvenidos a la Vida” en el marco de las acciones de fortalecimiento para la reducción de la morbilidad neonatal en el Perú 2015-2016, mediante Resolución Ministerial N° 997-2014/MINSA.
- ✓ Implementación pilotos CUNAMAS en Lima Este, Lima Sur, Callao, Huánuco, Pasco, Junín, Andahuaylas, Arequipa en coordinación con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, brindándose atención preventiva a los niños menores de 3 años.

Inmunizaciones

Las vacunas son sustancias médicas que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmune-prevenibles.

Las vacunas básicas completas para niñas y niños menores de 36 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis contra la Poliomielitis y una dosis contra el Sarampión.



En el 2014, el 61,1% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, este valor es similar en el área urbana (61,3%) pero menor en el área rural (60,4%).

Las vacunas básicas completas para menores de 12 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT y tres dosis contra la Poliomielitis.

En el año 2014, el 55,7% de menores de 12 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, siendo mayor el porcentaje de niñas y niños vacunados en el área urbana (56,0%) que en el área rural (55,1%).

Con respecto al año 2013, el porcentaje de vacunación en menores de 12 meses, bajó de 64,4% a 56,0% en el área urbana y de 60,4% a 55,1% en el área rural.



El **neumococo** es una bacteria que provoca enfermedades graves como la otitis media o la neumonía. También puede pasar a la circulación sanguínea causando meningitis e infecciones en la sangre que ponen en peligro la vida del menor. La vacuna contra el neumococo está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro y seis meses de vida, además de un refuerzo al año de edad.

En el 2014, el 76,8% de niñas y niños menores de 24 meses recibieron inmunización contra el neumococo, siendo esta mayor en el área rural (77,4%) que en el área urbana (76,5%).



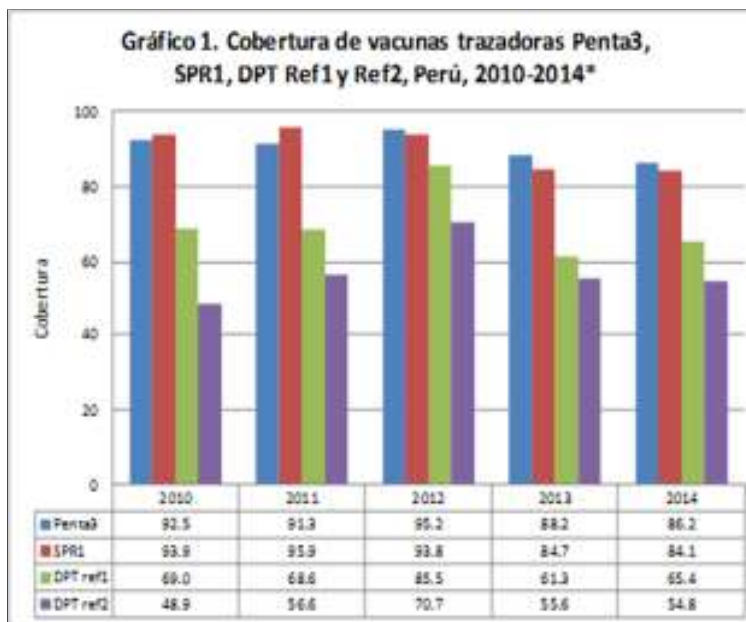
El **rotavirus** es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación. La vacuna contra el rotavirus es una vacuna oral; no se inyecta.

A nivel nacional, en el año 2014, el 74,7% de los menores de 24 meses fueron inmunizados contra el rotavirus; proporción similar respecto a la estimación del año 2013 (74,8%). Según área de residencia, no se aprecian diferencias significativas entre los dos años mencionados.



Plan de contingencia para cierre de brechas por bajas coberturas y alta deserción de vacunación en distritos priorizados a nivel nacional

Considerando que las coberturas de vacunación vienen sufriendo un descenso paulatino, siendo el año 2013 donde se alcanzaron las coberturas más bajas del país y al interior, a nivel distrital se evidencia una gran heterogeneidad en las coberturas, donde aproximadamente el 70% de los 1,838 distritos del país alcanzaron coberturas de vacunación por debajo del 95% para el 2013.



Considerando que los niños que no han completado el esquema de vacunación se encuentran en riesgo de enfermar por no encontrarse protegidos, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, planteó un agresivo plan de seguimiento a los niños captados y/o ingresados al esquema de vacunación, interviniendo en 102 distritos del país.

- Para lo cual se contrató 344 enfermeras, para la vacunación regular y seguimiento de los niños menores de 5 años.
- Se realizó Monitoreo Rápido de Vacunados en algunos distritos intervenidos por el plan de contingencia; Lambayeque, Arequipa, Loreto, Puno, Piura, Tumbes, Ayacucho, Ica, Abancay, Ucayali, Madre de Dios, Junín, Lima región y en la DISA Lima Este.

OBJETIVO GENERAL 03:

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

Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

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, 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.

Errores Refractivos:

AÑO	POBLACIÓN A BENEFICIAR	AVANCE PARCIAL AL MES DE DICIEMBRE 2014
2014	201,540 niños de 03 a 11 años tamizados 5,409 niños con lentes	N° de Personas tamizadas: 586,564 N° de casos Dx: 65,462 N° de Tx: 4,391

FUENTE: ESNSOPC. INFORMACIÓN PARCIAL AL MES DE DICIEMBRE

Catarata:

AÑO	POBLACIÓN A BENEFICIAR	AVANCE PARCIAL AL MES DE DICIEMBRE 2014
2014	262,570 personas tamizadas Total de cirugías de catarata 20, 000 como Sector (MINSA: 10,536)	N° de Personas tamizadas: 311,390 N° de casos Dx: 31,192 N° de cirugías: 8,737 (Sector: 43 y MINSA: 47%)

FUENTE: ESNSOPC. MINSA (4,945), ESSALUD (908), FAP (49), PNP (1,756), CMN (33), SUB SECTOR PRIVADO (978).

Documentos Normativos:

- ✓ Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014-2020, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 907-2014/MINSA.
- ✓ Guía de Práctica Clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de errores refractivos en niñas y niños mayores de 3 años y adolescentes, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 648-2014/MINSA.

Salud Bucal

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal implemento el Plan Vuelve a Sonreír en el 96% a nivel nacional.

Durante el año 2014 se realizaron 139,230 exámenes odontológicos a los Adultos Mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, asimismo se realizaron 454,918 atenciones preventivas, recuperativas y especializadas a este grupo etario.

Se ha entregado un total de 3,537 prótesis dentales a nivel nacional durante el año 2014 y desde el lanzamiento del Plan se entregó 16,307 prótesis dentales beneficiando a adultos mayores. Mediante la Resolución Jefatural Nº 103-2013/SIS, se aprueba la Tarifa del Servicio 900 “Prótesis Dental Removible”.

Implementación de los servicios diferenciados para el adulto mayor “TaytaWasi” en 08 regiones del país en el año 2013 y 09 regiones en el año 2014.

N° DE PROTESIS ENTREGADAS		BENEFICIARIOS POR PROTESIS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
2012	7027	3634	BD. VUELVE A SONREIR
2013	5743	2719	BD. VUELVE A SONREIR
2014	3537	1965	OGEI - HIS
TOTAL	16,307	8,318	

Fuente: BD- Vuelve a Sonreír 2012, 2013 y OGEI – HIS 2014



Atención Integral de Salud Bucal en Niños

Se realizaron 4,953,471 atenciones preventivas, recuperativas y especializadas a niños y niñas a nivel nacional, asimismo se implementó el Plan de Salud Escolar en Instituciones Educativas Piloto del ámbito QaliWarma, lográndose un 95% de evaluaciones.

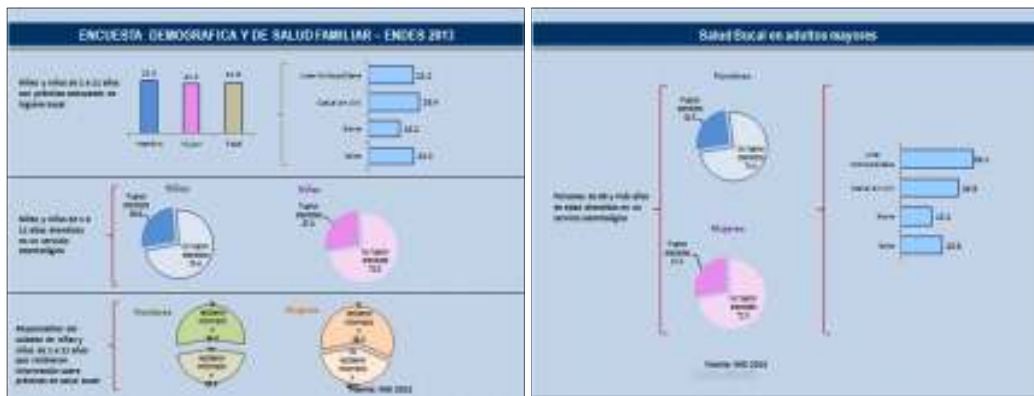
REGIÓN	DISTRITO	NIVEL	INSTITUCIÓN EDUCATIVA
LIMA	Villa El Salvador	INICIAL	IE 557
LIMA	Villa María del Triunfo	PRIMARIA	6011 Santísima Virgen de Fátima
LIMA	Comas	INICIAL	888 Señor de los Milagros
LIMA	Puente Piedra	PRIMARIA	3071 Manuel García Cerrón
LIMA	Ate	INICIAL	IE 162
LIMA	Santa Anita	PRIMARIA	0101 Shuji Kitamura
CALLAO	Ventanilla	INICIAL	Fermín Ávila
CALLAO	Ventanilla	PRIMARIA	5128 Sagrado Corazón de María
APURIMAC	Andahuaylas	INICIAL	IE 8
APURIMAC	Abancay	PRIMARIA	54005 Miguel Grau
LORETO	Iquitos	INICIAL	157 Victoria Barcia Boniffatti
LORETO	Iquitos	PRIMARIA	601066 Monitor Huáscar
LA LIBERTAD	Trujillo	INICIAL	1568 Niño Jesús de Praga
LA LIBERTAD	Huanchaco	PRIMARIA	80081 Julio Gutiérrez Solari

ATENCIONES DE SALUD BUCAL							
AÑO	0-11 años	12-17 años	18-29 años	30 -59 años	60 a más	TOTAL	AUMENTO
2013	1,118,202	416,050	675,726	690,740	174,678	3,075,396	338.86%
2014	4,956,726	1,520,191	1,604,740	1,795,855	543,967	10,421,479	

Fuente: Ministerio de Salud-Perú Sistema de información de Salud (HIS 2013 - 2014)

Articulación Intersectorial

Implementación del Proyecto SOFAR (Salud Oral Factores de Riesgo) en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, con el objetivo de integrar la salud bucal a través de la promoción, prevención y reducción de factores de enfermedades orales más prevalentes, implementándose en pilotos en las regiones de: Loreto, Callao, Lima Metropolitana, logrando capacitar a profesionales de la salud Cirujanos Dentistas y no Cirujanos Dentistas en promoción y prevención de salud bucal.

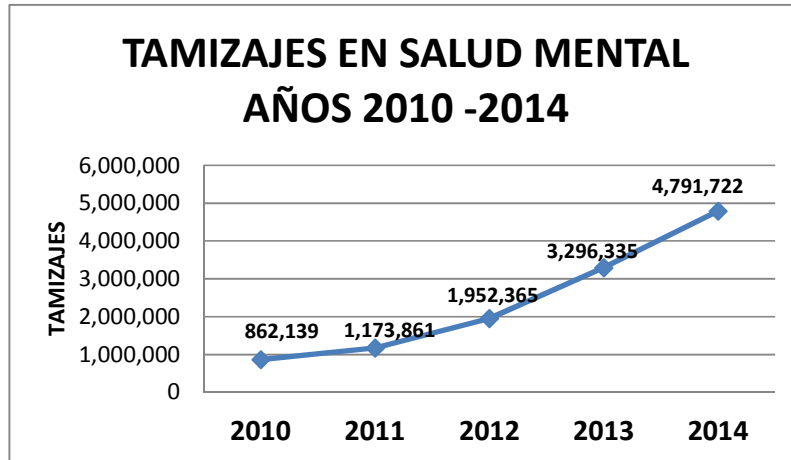


Salud Mental

Impulso de la reorganización del modelo sanitario de salud mental centrado en hospitales psiquiátricos, hacia un modelo integrado comunitario, especializado y generalista, enfocado en los cuidados de la salud que la población en cada territorio requiere y que posibilite la cobertura universal en salud mental.



Detección de problemas de salud mental (violencia, depresión, ansiedad, alcoholismo y psicosis). La aplicación de tamizajes de salud mental en los EESS tiene un incremento sostenido desde el año 2010 a la fecha. Este incremento tiene relación con el fortalecimiento de la capacitación al personal de salud a nivel nacional y la inclusión del componente de salud mental en la atención integral de salud. Otro de los factores que ha contribuido a este incremento es la inclusión del Indicador de Tamizaje en Salud Mental en el capitulo del Seguro Integral de Salud.



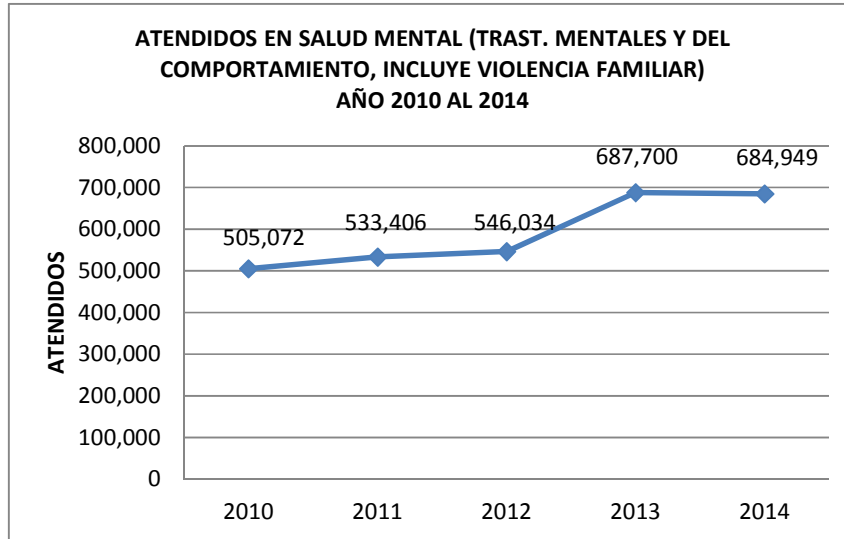
Se han realizado en total 4,791,722 tamizajes en salud mental, de los cuales el 5.5% fueron positivos. Se observa que en el segundo semestre del año 2014 hubo un incremento del número de tamizajes en un 14%.

N° DE TAMIZAJES REALIZADOS EN SALUD MENTAL - Año 2014

TAMIZAJES EN SALUD MENTAL	TOTAL AÑO 2014	TAMIZAJES POSITIVOS	% DE TAMIZAJES POSITIVOS
VIOLENCIA FAMILIAR / MALTRATO INFANTIL	3,828,014	139,292	3,6
TRASTORNO DEPRESIVO	553,306	81,224	15,2
TRASTORNO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	292,897	37,049	13,4
TOTAL	4,791,722	262,299	5,5

Fuente: OGEI-MINSA DICIEMBRE-2014

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento se ha incrementado en un 25 % entre el 2012 y el 2013. Durante el 2014 se han atendido 684,949 personas, observándose una disminución en la cobertura en el segundo y tercer nivel de atención, lo cual puede ser a la huelga de los profesionales del sector.



CUADRO N° 2

ATENDIDOS POR TRASTORNOS Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

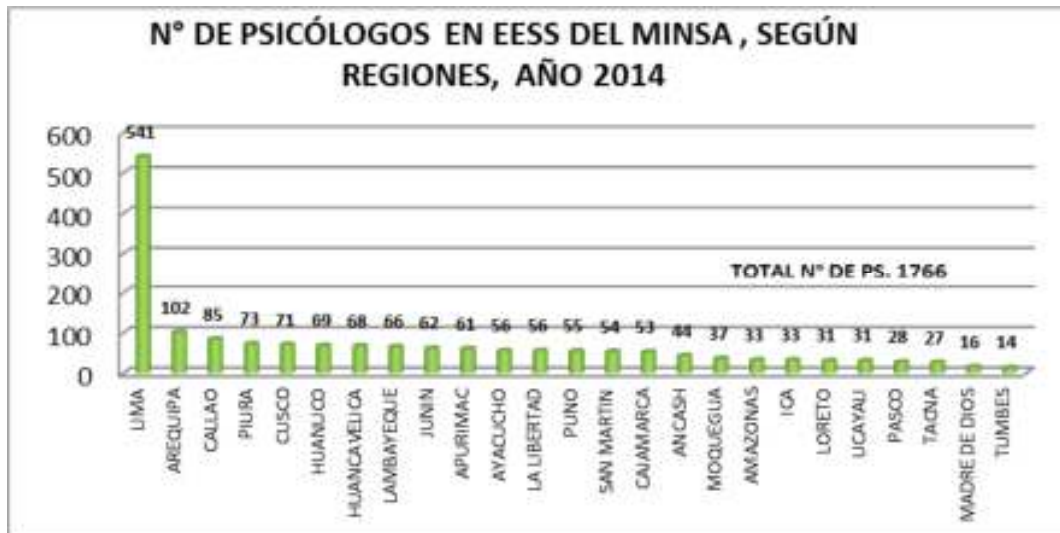
ATENDIDOS SEGÚN DIAGNÓSTICO	TOTAL
TRASTORNOS MENTES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	14,879
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	15,341
ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTIPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES	27,188
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	140,207
TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRES Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	182,589
SINDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FISICOS	8,224
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	23,546
RETRASO MENTAL	13,731
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	118,532
TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO APARECEN HABITUAL EN NIÑEZ Y EN A ADOLESCEN	65,889
TRASTORNOS MENTAL NO ESPECIFICADO	947
SINDROMES DEL MALTRATO	73,876
TOTAL	684,949

Fuente: OGEI-MINSA.

Se cuenta con 51 Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud-MAMIS, cabe señalar que en el año 2014 no se han implementado nuevos MAMIS debido a que una de las estrategias que se vienen implementando es la integración de los MAMIS en el proyecto de un sistema integral de salud mental en función de las necesidades de la población beneficiaria.

Con respecto a los Módulos de Atención en Salud Mental con énfasis en Adicciones, se cuenta con 190 módulos en el primer y segundo nivel de atención en todas las regiones del país, los mismos que han sido implementados en Convenio con DEVIDA; dichos módulos tienen por finalidad fortalecer la prevención, la detección y la atención de los casos relacionados al consumo de alcohol y otras drogas. Durante el año 2014 se han realizado asistencias técnicas con la finalidad de mejorar las competencias del personal de salud donde se encuentra instalados los módulos.

En los dos últimos años los mecanismos de financiamiento permiten contar en la actualidad de 1766 profesionales psicólogos a nivel nacional en el país, siendo el grupo profesional de mayor crecimiento en el sistema. En los dos últimos años se ha incrementado en 25 % la disponibilidad de psicólogos en los establecimientos de salud. Dos tercios están ubicados en regiones fuera de Lima y cerca de 800 están en establecimientos de salud del primer nivel especialmente en el Nivel I-3 y I-4.



Fuente: OGRH-MINSA



Fuente: OGRH-MINSA

Personas con Discapacidad

El Ministerio de Salud, como miembro de la Comisión Multisectorial, ha participado en el diseño y formulación del Programa Presupuestal Multisectorial, así como en el diseño del programa presupuestal del sector, identificado como problema principal las limitaciones en el acceso a servicios de salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación/ rehabilitación integral de las personas con Discapacidad.

En el año 2014, se incrementó el presupuesto para el Programa Presupuestal terminando con un PIM de S/. 27'592,360.00, programándose a 37 unidades ejecutoras de 13 regiones a nivel nacional.

PP 092: Inclusión Social Integral de la Persona con Discapacidad (2013-2014)

Año 2013: PROGRAMA PRESUPUESTAL INCLUSION SOCIAL INTEGRAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD		Año 2014: PROGRAMA PRESUPUESTAL INCLUSION SOCIAL INTEGRAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
REGIONES	N° de EJECUTORAS	REGIONES	N° de EJECUTORAS
TUMBES	1	ANCASH	4
JUNIN	7	AYACUCHO	1
ICA	1	CAJAMARCA	1
MADRE DE DIOS	1	CUZCO	8
REGION CALLAO	2	HUANCAVELICA	5
REGION LIMA	1	ICA	3
		JUNIN	2
		MADRE DE DIOS	3
		PIURA	3
		TACNA	1
		TUMBES	1
		REGION LIMA	3
		REGION CALLAO	2
6	13	13	37

Se realizó la propuesta de dos Documentos Normativos de Salud: “Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad” y “Escala de Valoración de la Participación para la Certificación de la Persona con Discapacidad”. Las propuestas fueron derivadas al Instituto Nacional de Rehabilitación, para la opinión técnica correspondiente.

Se han brindado asistencia técnicas a las regiones de Ica, Junín, Puno, Tumbes, Lambayeque, La Libertad, Cusco, San Martín y Ucayali, lográndose el fortalecimiento de las competencias de 09 coordinadores de dichas regiones, 11 médicos rehabilitadores, 40 médicos de otras especialidades y médicos generales, así como a 48 profesionales de la salud de otras profesiones, en temas de gestión, programa presupuestal, normatividad, (Organización de UPSMR, Certificado de Discapacidad, Incapacidad, RBC, Sistema de información HIS DIS) y en todo el marco normativo nacional e internacional.

Asimismo se realizó una Reunión Nacional, en la que se logró fortalecer las competencias de los 25 coordinadores de las regiones, Lima y Callao, 45 Médicos Rehabilitadores y 22 profesionales responsables de planeamiento y presupuesto, en lo referido a la ejecución de metas físicas y financieras del programa presupuestal, participando 23 Regiones, DISA Sur, Este y 16 unidades ejecutoras de Lima.

Prevención y Control del Cáncer

Mediante la Resolución Ministerial N° 420-2014/MINSA se han ampliado las actividades de la Comisión Sectorial para la Implementación del Plan Esperanza, conformada en abril del 2013, por un año desde marzo del 2014. Siendo presidido por el Despacho Ministerial e integrado por las Direcciones del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos Descentralizados, representantes de EsSalud, Sanidades de la Marina, Ejército, Aviación, Policía Nacional, Instituto Peruano de Energía Nuclear.

Se conformaron cinco grupos de trabajo para la elaboración de las Guías de Prácticas Clínicas para Cáncer de Mama, Cáncer de Cuello Uterino, Leucemia Infantil, Cáncer de Próstata y Cáncer Gástrico, con participación de todos los subsectores de salud y bajo estándares internacionales (preguntas PICO, revisión sistemática, metodología GRADE, guía de evaluación AGREE II).

Se realizaron talleres de capacitación para Tecnólogos Médicos en Mamografía en Lima, Lambayeque, Arequipa y Junín logrando capacitar a 121 personas responsables de realizar la mamografía para mejorar la oferta de los servicios de tamizaje de cáncer de mama y el eficiente uso del equipo. A nivel nacional se cuenta con 45 Mamógrafos en 21 regiones del país.

Se han reportado 24 trasplantes de médula ósea a octubre del 2014, de los cuales 08 se realizaron bajo el convenio con el Jackson Memorial y la Universidad de Miami para la atención de niños afiliados al SIS. Para el desarrollo del trasplante de médula ósea alogénico es necesario contar con un familiar donante compatible y cuando no hay se recurre al registro de donantes, se realizan las gestiones para fortalecer el Registro Nacional de Potenciales Donantes no Emparentados de Células Progenitoras Hematopoyéticas (ReD-CPH).

Se capacito a los responsable de las pruebas citológicas en el uso del sistema de información denominado NETLAB, elemento clave para evaluar y monitorear los servicios de tamizaje de citología cérvico uterina y el seguimiento de las mujeres con anomalía citológica. Actualmente se viene aplicando en Lima, en los distritos de

Villa María, San Juan y Miraflores y en la Región Arequipa, Redes Arequipa-Caylloma, en la que se capacito a 160 profesionales de la salud.

Bajo el marco del convenio de cooperación interinstitucional entre el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el Seguro Integral de Salud (SIS) que promueve y fomenta mecanismos de coordinación y colaboración institucional para una adecuada implementación de las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del SIS para asegurar y brindar atenciones de salud a las personas privadas de libertad que se encuentran en los establecimientos penitenciarios a nivel nacional a cargo del INPE; Afiliaron a 958 mujeres de los establecimientos penitenciarios de mujeres de Chorrillos (555), anexo de mujeres de Chorrillos (206) y Virgen de Fátima (197), a quienes se les brindo el servicio para valoración de riesgos de cáncer, evaluación de cuello uterino y mamas, orientación y consejería mediante Esperanza Móvil, las pacientes con resultados positivos, fueron referidas al Hospital María Auxiliadora previamente coordinado.

Se trasladó los Servicios de Consejería y Tamizaje gratuito de cáncer hasta la zona de residencia de la población como parques, lozas deportivas, mercados, etc., a través de una unidad móvil (Esperanza Móvil) adaptada para ese fin, se han recorrido algunos distritos de Lima con un total de 7890 atenciones.

Se identificaron seis posibles Centros de Desarrollo de Competencias (CDC) en los departamentos de Junín, Ayacucho, Huánuco, San Martín, Lambayeque, Tacna, Tumbes y Huancavelica. Son centros de atención primaria modelo, localizados en áreas estratégicas para el entrenamiento continuo de todos los profesionales de salud dentro de la red de salud, permitiendo fortalecer las capacidades del recurso humano, mejorar la calidad en el diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas e implementar intervenciones rápidas en el sistema de salud.

Se culminó el curso realizado en coordinación con la Universidad del Callao y médico especialista en Medicina Oriental del Mercy Hospital de Estados Unidos, curso para el cuidado paliativo de pacientes con cáncer, se capacitó al recurso humano para brindar cuidados paliativos de manera eficaz a través del uso de la medicina alternativa.

Se han firmado 56 convenios de cooperación interinstitucional con SIS/FISSAL con establecimientos de salud de Lima (20) y regiones (36) entre ellas Arequipa, Cajamarca, Amazonas, Ancash, Huánuco, Ica, Madre de Dios, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna, Ucayali, Callao, Cusco, Junín, La Libertad, Piura, Ayacucho, Tumbes, Huancavelica, Lambayeque y Loreto, para garantizar la cobertura del financiamiento de todos los

costos relacionados al tratamiento de enfermedades de alto costo como el cáncer en la población, favoreciendo a la población pobre y extrema pobreza.

Se desarrolló la agenda temática de investigación de salud, herramienta fundamental para la priorización, identificación y definición de investigaciones que vulneren los daños priorizados, mediante el enfoque integral que facilita el conocimiento y análisis de la situación de salud, con perfil epidemiológico y factores que la determinan la oferta de salud.

Se realizó 17,055 atenciones por el FISSAL y 63,564 atenciones por el SIS durante el 2014, quienes recibieron atención gratuita en prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer a nivel nacional. Cabe mencionar que las atenciones brindadas son financiadas por el SIS y FISSAL según sea el caso y de acuerdo a la normatividad vigente.

El Plan Esperanza y el INS realizaron un taller con investigadores representantes de los programas de La Habana - Cuba; Santiago de Chile - Chile; Colombia, Miami - USA y participantes de la UNMSM y la UPCH, como parte de fortalecer la capacidad de conducir la investigación y producción de fármacos éticos en el área de la Inmunoterapia del Cáncer.

Por el Segundo Aniversario del Plan Esperanza, se inició la Vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en niñas de 5° grado de primaria.

Metales Pesados

La Estrategia Sanitaria de Metales Pesados contempla dentro de sus funciones la elaboración de documentos normativos, de esta manera, a través de reuniones con el Comité de Expertos de la Estrategia, se han elaborado los Documentos Técnicos: Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Plomo (V 0.2) , Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación por Plaguicidas Órgano Fosforados y Carbamatos, y Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Plaguicidas: Herbicidas, Rodenticidas , las cuales se encuentran en proceso de aprobación.

Se han llevado a cabo 10 asistencias técnicas con la finalidad de fortalecer al personal de salud, principalmente en el primer nivel de atención, en el diagnóstico y tratamiento de personas expuestas a metales pesados en las regiones: Andahuaylas, Cusco, Puno, Tacna, Ica, Lambayeque, Ancash, Huánuco, Tumbes, Tacna, Ayacucho. Es importante resaltar que se ha contado con la participación de especialista en

toxicología para las asistencias desarrolladas en Cusco y Ayacucho. Además se contó con la asistencia técnica de DIGESA, DGPS e INS-CENSOPAS.

Se ha participado de reuniones en la PCM en el marco de las mesas de diálogo como es el caso de Cajamarca, Ancash (Cajacay), Cusco (Espinar); para Lima los casos de Raura – Huánuco y Loreto (Cuencas del Río Pataza, Tigre, Corrientes y Marañón).

Se realizaron 03 reuniones Macro Regionales; Reunión Macro Regional Norte (Cajamarca, DISA Sullana, Piura, Lambayeque, Piura, La Libertad, Ancash, DISA Chota, Callao), Reunión Macro Regional Centro (DIRESA Lima, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Ayacucho, Loreto, Tumbes, Ica), Reunión Macro regional Sur (Cusco, Madre de Dios, Abancay, Apurímac, Arequipa, Tacna, Puno, Moquegua). El objetivo fue la Evaluación de ejecución presupuestal y avance de metas físicas, en el marco del Presupuesto por Resultados. Además se elaboró un plan de intervención integral que permitirá el abordaje de personas expuestas a metales pesados por cada región para el año 2015.

OBJETIVO GENERAL 04:

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

Prevención y Control del VIH-SIDA

En la última década la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH /SIDA con el apoyo multisectorial intensificaron las intervenciones y se produjo un importante incremento y mejora de la oferta de servicios para prevenir y reducir el impacto del VIH, tanto desde el Sector salud como desde fuera del Sector. El impulso recibido de parte de la cooperación internacional, especialmente de los Programas del Fondo Mundial, fue muy importante para el avance logrado.

Desde el año 2004, cuando se inició el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), el Ministerio de Salud ha atendido de manera gratuita a más de 18,693 personas viviendo con VIH y SIDA (adultos 97.3% y niños 2.7%), logrando que en los últimos años disminuya el número de personas en fase SIDA en más del 50%.

La desconcentración del tratamiento ha permitido que más personas que viven con VIH accedan a servicios diferenciados con atención de un equipo multidisciplinario con profesionales de diversas especialidades (infectólogo, enfermera, psicólogos, asistente social, nutricionista, obstetrix, químico farmacéutico, entre otros).



Es por ello que se evidencia una disminución de notificación de casos, lo cual responde a la mejora del diagnóstico oportuno y el incremento de la cobertura del tratamiento antirretroviral a través de la descentralización de TARGA y las capacitaciones a los equipos multidisciplinarios a nivel nacional.

Cabe señalar que desde el año 2006, el MINSU financia el total del tratamiento. En la gestión se amplió el acceso de la población incrementando los puntos de acceso al TARGA en todo el país (76 establecimientos de salud donde el Ministerio de Salud provee el tratamiento).

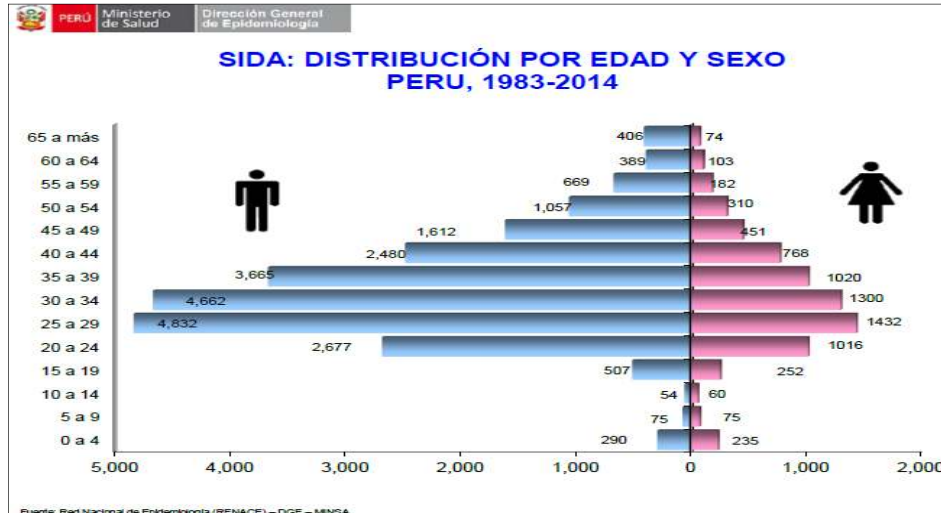
Así mismo de acuerdo a la información reportada por ONUSIDA, para el 2012 el Perú ha logrado la disminución al 55% de la mortalidad por SIDA.

Se ha implementado tecnología avanzada para el diagnóstico del VIH en gestantes y mujeres en edad fértil que demandan atención en los establecimientos de salud; y para el 2014 se ha ampliado el tamizaje gratuito, priorizando la población vulnerable.

Se han implementado nuevas técnicas quirúrgicas de cesárea en los principales hospitales del país para prevenir la transmisión vertical del VIH de las madres a sus recién nacidos.

Gracias a este esfuerzo del Estado Peruano ha logrado disminuir la tasa de transmisión vertical del VIH de 14% en el año 2007 a 4% en el 2012, teniendo como meta para el 2016 reducir a menos del 2%.

De esta manera el Perú será uno de los pocos países que cumpla con este importante compromiso planteado en los Objetivos del Milenio.



Se realizaron 06 visitas de supervisión en el Hospital Puente Piedra, Hospital María Auxiliadora, Santa Rosa, Dos de Mayo, San José del Callao y Sergio Bernales para la verificación del estado de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales, condiciones de almacenamiento y vigencia de los medicamentos antirretrovirales en el área de farmacia. Además se identificó a los pacientes que recibieron estos medicamentos y se verificó el cambio de estos medicamentos por otros esquemas.

Se efectuó la consulta nacional “Construyendo capacidades en prevención combinada del VIH en el Perú” en colaboración con ONUSIDA. Esta actividad tuvo como objetivo crear una mesa de diálogo sobre la prevención combinada del VIH en el Perú.

Se concluyó el Curso de “Actualización en Atención Integral de personas viviendo con VIH/SIDA” a través de la modalidad de capacitación en servicio (Pasantías) el cual se realizó del 13 de octubre al 21 de noviembre del 2014, en la Ciudad de Lima. Este curso tuvo el objetivo de capacitar al personal de los Equipos Multidisciplinarios para lograr una mejora en la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA en las regiones, mediante la rotación en servicios de Lima (HNAL, HAMA, HNHU, HNCH y Hospital Santa Rosa). Se tuvo la participación de un total de 101 participantes de las Direcciones Regionales de Salud de: Amazonas (16), Arequipa (5), Ayacucho (5), Ancash (4), Apurímac (3), Cajamarca (4), Cusco (6), Huánuco (2), Huancavelica (3), Ica (4), Junín (4), Lambayeque (4), Loreto (3), La Libertad (3), DIRESA LIMA (3), Pasco (3), Puno (3), Piura (7), Moquegua (3), Madre de Dios (4), San Martín (3), Tacna (3) y DISA Lima Este HSJL (6).

Se han ejecutado 11 visitas de asistencias técnicas a las Direcciones Regionales de Salud de: Lambayeque (2), Ayacucho, Arequipa, Loreto (2), Madre de Dios, Huánuco y Amazonas (3), para el fortalecimiento de los procesos de prevención y atención a los pacientes con ITS – VIH.

Se llevaron a cabo 06 Reuniones Macro regionales para la Evaluación de Avances de Indicadores de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA y Hepatitis B, contando con la participación de los responsables de la Estrategia, DEMID, e Infectólogo de cada DIRESA.

Se realizaron 02 campañas de sensibilización en los distritos de Magdalena e Independencia, donde se hizo tamizaje de prevención y diagnóstico de VIH y Hepatitis B, consejería en ITS y el uso del preservativo.

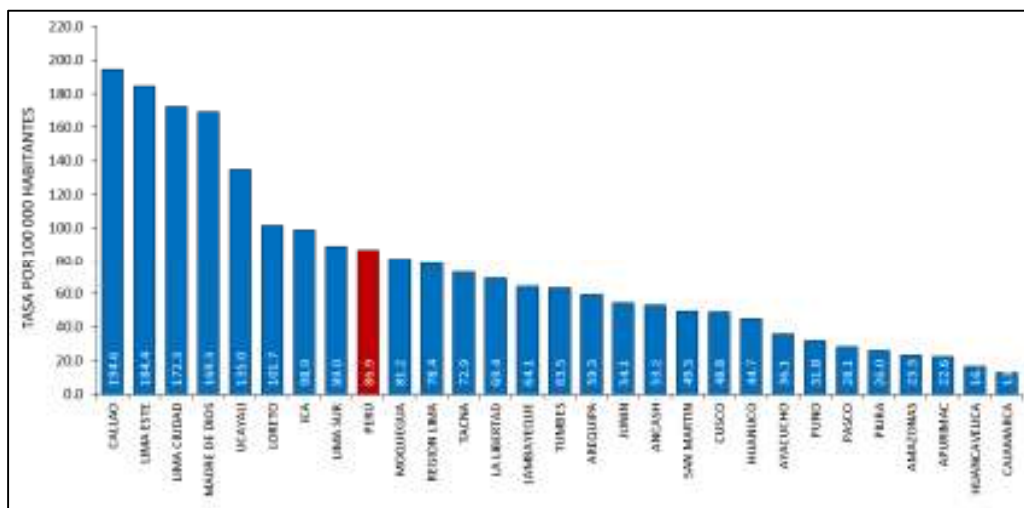
Documentos Normativos

- ✓ Norma Técnica de Salud N° 097 - MINSA/DGSP "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, aprobado mediante R.M. N° 962-2014/MINSA.
- ✓ Norma Técnica de Salud N° 108 - MINSA/DGSP "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita", aprobado mediante R.M. N° 619-2014/MINSA.

Prevención y Control de la Tuberculosis

La tuberculosis (TB), enfermedad infectocontagiosa producida por la bacteria o bacilo Mycobacterium tuberculosis que afecta al ser humano, produciendo una enfermedad crónica que compromete principalmente los pulmones, aunque puede afectar cualquier otro órgano. De acuerdo al patrón de sensibilidad, la tuberculosis puede ser sensible o resistente a medicamentos antituberculosis de primera o segunda línea, y entre estas formas se hallan la multidrogorresistente (MDR), la extensamente resistente (XDR) y otras formas de drogorresistencia.

TASA DE INCIDENCIA POR REGIONES DE SALUD. PERÚ. 2014*

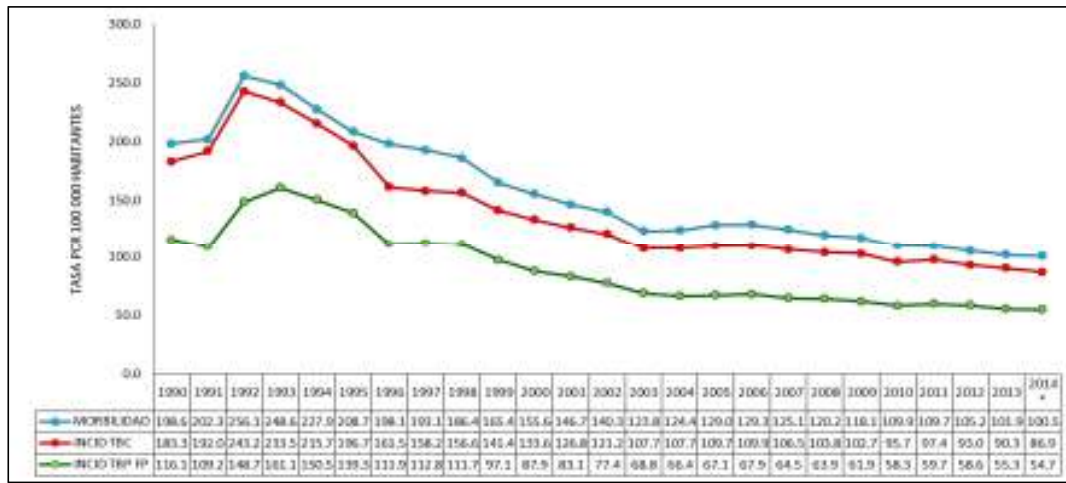


* Información proyectada
 Fuente: ESNPCT /DGSP /MINSA /PERU
 Fecha de Elaboración.: 04-Feb-2015

Tendencia de la tasa de incidencia (casos nuevos por 100 mil habitantes), 2010-2014

REGION DE SALUD	2010	2011	2012	2013	2014	Reducción 2010 - 2014
TACNA	125.6	154.7	148.1	137.4	72.9	-42%
HUANCVELICA	23.8	21.7	22.7	18.3	16.5	-31%
LIMA SUR	120.6	118.8	97.6	97.5	89.0	-26%
APURIMAC	29.1	26.7	28.5	23.3	22.6	-22%
HUANUCO	57.0	51.3	57.4	46.7	44.7	-21%
MOQUEGUA	101.7	117.3	120.1	81.5	81.2	-20%
LIMA ESTE	230.6	222.8	220.2	192.3	184.4	-20%
UCAYALI	165.9	166.8	170.8	159.4	135.0	-19%
ICA	120.4	117.9	118.1	97.3	98.9	-18%
REGION LIMA	94.9	113.7	103.2	87.9	78.4	-17%
ANCASH	63.6	78.0	69.3	55.3	53.2	-16%
LORETO	118.7	123.0	123.0	124.9	101.7	-14%
CALLAO	225.3	215.5	204.9	204.6	194.6	-14%
PIURA	29.6	30.5	29.2	28.3	26.0	-12%
AMAZONAS	26.4	23.3	29.9	21.9	23.3	-12%
PASCO	31.7	33.2	37.3	28.4	28.1	-11%
AREQUIPA	65.4	69.7	71.6	61.2	59.3	-9%
JUNIN	59.2	58.9	60.6	59.5	54.1	-9%
CUSCO	52.6	64.4	52.4	53.6	48.8	-7%
CAJAMARCA	13.9	14.1	15.3	14.5	13.1	-6%
AYACUCHO	37.2	40.9	35.6	41.7	36.1	-3%
PUNO	32.0	33.9	29.3	31.7	31.8	-1%
LAMBAYEQUE	63.70	65.3	64.2	66.5	64.1	1%
LA LIBERTAD	68.7	73.6	76.7	69.3	69.4	1%
SAN MARTIN	47.1	45.8	56.7	40.7	49.3	5%
LIMA CIUDAD	161.5	155.8	141.1	165.4	172.3	7%
MADRE DE DIOS	132.9	202.6	170.0	178.8	169.3	27%
TUMBES	38.4	66.3	58.3	35.9	63.5	65%
PERÚ	95.7	97.4	93.0	90.3	86.9	-9%

TASA DE MORBILIDAD E INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS. PERÚ. 1990 – 2014*



Información proyectada
Fuente: ESNPCT /DGSP /MINSA /PERU
Fecha de Elaboración.: 04-Feb-2015

INFORME DE GESTION 2014

Tendencia del número de sintomáticos respiratorios en las regiones de salud, 2010 – 2014:

REGION DE SALUD	2010	2011	2012	2013	2014	Incremento 2010 -2014
AYACUCHO	30,671	44,304	58,924	66,778	66,949	118%
REGION LIMA	28,971	43,066	47,164	53,653	58,902	103%
ANCASH	39,728	59,516	64,060	73,799	71,259	79%
AREQUIPA	56,097	75,154	83,211	97,984	100,535	79%
MOQUEGUA	17,623	21,497	26,468	27,505	30,690	74%
PIURA	32,112	44,805	56,426	58,805	55,455	73%
PASCO	13,088	16,354	20,320	25,661	21,931	68%
LA LIBERTAD	44,090	66,857	66,281	70,321	72,198	64%
CUSCO	55,368	79,553	69,418	87,063	89,427	62%
ICA	39,785	48,008	50,059	59,996	63,972	61%
HUANCAVELICA	30,894	32,424	34,749	41,311	45,707	48%
AMAZONAS	11,106	12,063	16,133	13,272	16,284	47%
LIMA CIUDAD	129,619	133,639	136,570	184,313	189,907	47%
LORETO	26,968	39,640	42,117	44,556	37,811	40%
MADRE DE DIOS	8,033	10,363	10,688	12,056	11,159	39%
SAN MARTIN	49,065	47,988	43,560	56,984	65,530	34%
CALLAO	56,570	65,734	58,384	61,504	75,171	33%
LIMA ESTE	117,782	127,918	131,463	153,378	155,589	32%
CAJAMARCA	33,286	39,332	39,587	52,994	43,693	31%
JUNIN	50,351	54,204	60,992	62,392	65,306	30%
HUANUCO	32,874	36,469	44,007	43,892	42,093	28%
UCAYALI	13,622	15,982	21,626	18,917	17,348	27%
LIMA SUR	46,026	55,505	61,236	61,306	54,850	19%
PUNO	74,660	84,346	84,420	87,629	86,641	16%
LAMBAYEQUE	29,367	34,730	31,944	34,123	33,746	15%
TUMBES	4,005	6,935	6,468	3,105	4,584	14%
APURIMAC	27,398	26,890	26,502	27,612	27,691	1%
TACNA	22,887	31,132	34,715	28,449	14,669	-36%
PERÚ	1,122,046	1,354,408	1,427,492	1,609,358	1,619,097	44%

- ✓ Logro de la cobertura del Seguro Integral de Salud al 100% para los afectados por Tuberculosis.
- ✓ Incremento de la detección de Sintomáticos Respiratorio en un 3% anual, en últimos 3 años.
- ✓ Expansión de la cobertura de la prueba rápida de biología molecular para el diagnóstico de TB-MDR, Genotype® MTBDRplus y MODS: HHU, HAMA; La libertad, haciendo un total de 12 laboratorios a nivel nacional.
- ✓ Implementación y funcionamiento de 08 centros de atención especializada para TB XDR con adecuada medidas de aislamiento respiratorio.
- ✓ Fortalecimiento de la segunda fase del esquema para TB sensible, expansión de los esquemas con medicamentos del quinto grupo para TB-XDR y DOT domiciliario: 120

pacientes tratados. Actualización de las dosis pediátricas de los medicamentos anti-TB y Estratificación de los EESS, redes, DISAS/DIRESAs, distritos, provincias, regiones, por riesgo de transmisión de TB 948107202.

- ✓ Fortalecimiento de competencias en comunicación para fortalecer la adherencia en trabajadores de salud y agentes comunitarios.
- ✓ Capacitación con cursos internacionales de TB MDR para médicos, Curso Internacional de La Unión, Dr. José Caminero.
- ✓ Aprobación de la directiva que regula la canasta PN TB incrementando las raciones por familia de 3 a 5 personas la cual ha sido incorporada al Ministerio de Inclusión social.
- ✓ Promulgación de la Ley Nº 30287 Ley de prevención y control de la TB en el Perú.

Otros logros

- ✓ 22 Establecimientos de Salud con personal de salud con capacidad técnica reforzada para la implementación de sus PCIITB: - Huánuco (02), - Cusco (02), - Lambayeque (02), - Callao (02), - Lima Este (02), - Lima Sur (02), - Ancash (01), - Tumbes (01), - Ucayali (02), - Piura (01), - Tacna (01), - Moquegua (01), - Loreto (02) y - Puno (01). Actividad realizada por PARSALUD II y ESN PCT.
- ✓ 12 Establecimientos de Salud con personal de salud con capacidad técnica reforzada para la elaboración de sus PCIITB: Centro Materno Infantil San José- DISA Lima Sur; H. José Alfredo Mendoza Olavarría-Hospital de Apoyo I de Tumbes – DIRESA Tumbes; H. Regional "Víctor Ramos Guardia" – Huaraz- DIRESA Ancash; H. Eleazar Guzmán Barrón – Chimbote- DIRESA Ancash; H. Hipólito Unánue- DIRESA Tacna; H. Santa Rosa-Puerto Maldonado- DIRESA Madre de Dios; H. Quillabamba- DIRESA Cusco; H. de Tarapoto- DIRESA San Martín; H. Regional Herminio Valdizán- DIRESA Huánuco; H. de Tingo María- DIRESA Huánuco; H. de Ilo- DIRESA Moquegua; H. Regional de Ica- DIRESA Ica.
- ✓ 03 Laboratorios intermedios con equipos para el procesamiento de pruebas para el diagnóstico de TB: (02) Coaguladores de medios de cultivo, a los laboratorios intermedios de los CS Max Arias y del Hospital San Juan de Lurigancho, (03) Incubadoras de laboratorio, a los laboratorios intermedios de los CS Max Arias S, Hospital San Juan de Lurigancho y H. Loayza.
- ✓ 06 talleres de capacitación macroregionales en control de calidad de baciloscopía dirigido a 185 personas de la ESN PCT y de los laboratorios de las direcciones regionales de salud de Lima, Callao, Lambayeque, Cusco, Junín y Arequipa.
- ✓ 11 Direcciones de Salud: Lima Ciudad, Lima Este, Callao, Lima Sur, Lima Región, Ancash, Arequipa, La Libertad, Lambayeque, Ica y Ucayali entrenadas en terapia grupal a psicólogos y psiquiatras para la atención psicoemocional a personas afectadas de TB MDR y TB XDR.
- ✓ 13 grupos de terapia y soporte psicoemocional constituidos donde vienen participando 87 personas afectadas por TB.
- ✓ 58 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.

- ✓ 224 agentes comunitarios de salud participantes en el programa de apoyo psicoemocional a las personas afectadas con TB MDR / TBXDR, familiares y personal de salud en Lima, Callao y 9 regiones del país.
- ✓ 341 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.

Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores

En el Perú, se estima que alrededor de 8 millones de habitantes viven en áreas con riesgo de transmisión de malaria y 12 millones en áreas de transmisión de dengue; si bien la mortalidad y letalidad por malaria, dengue y Enfermedad de Carrión se ha reducido en los últimos años, las características de la transmisión y la persistencia de los factores de riesgo exigen fortalecer y dar sostenibilidad a las actividades de promoción, prevención y control.

El reporte de casos y defunciones por Fiebre Amarilla en el país, originado por la exposición de las personas al vector (*Haemagogus spp.* o *Sabethes spp.*) cuando ingresan a nichos endémicos de transmisión enzoótica, generalmente por diversas actividades laborales, especialmente extractivas, continua siendo un problema crítico de salud, siendo la estrategia más importante, para su prevención y control, la vacunación antiamarílica, actividad que deberá ser fortalecida para reducir aún más el riesgo de adquirir la fiebre amarilla, que en su forma ictero-hemorrágica presenta una alta letalidad.

Con relación a la Enfermedad de Chagas, es importante el avance en su control, tal como lo confirma la OPS al declarar a los departamentos de Tacna y Moquegua, como regiones libres de transmisión vectorial de Enfermedad de Chagas en el sur del país.

Malaria

A la SE 53 del 2014, se han notificado un total de 64,676 casos, observándose un incremento del 25%, con relación al año 2013 (64,676 / 48,839). El 98% de los casos son reportados por 03 regiones de Salud: Loreto, Junín y Ayacucho, seguidos por las regiones San Martín, Cusco y Ucayali.

Casos de malaria por departamentos Perú 2014*

Departamentos	Tipo de Malaria			Incidencia x 1000	%	Muertes
	Vivax	Falciparum	Total			
LORETO	50323	10343	60666	58.86	93.66	0
JUNIN	2051	0	2051	1.55	3.17	0
SAN MARTIN	728	35	763	0.92	1.58	0
AYACUCHO	681	0	681	1.00	1.05	0
CUSCO	862	0	862	0.28	0.56	0
AMAZONAS	108	0	108	0.26	0.17	0
UCAYALI	56	4	60	0.12	0.09	0
LA LIBERTAD	47	0	47	0.05	0.07	0
MADRE DE DIOS	11	0	11	0.08	0.02	0
PIURA	10	0	10	0.01	0.02	0
PASCO	9	0	9	0.02	0.01	0
LAMBAYEQUE	5	0	5	0.00	0.01	0
ICA	1	0	1	0.00	0.00	0
TUMBES	1	0	1	0.00	0.00	0
CAJAMARCA	1	0	1	0.00	0.00	0
TACNA	0	0	0	0.00	0.00	0
PUNO	0	0	0	0.00	0.00	0
LIMA	0	0	0	0.00	0.00	0
APURIMAC	0	0	0	0.00	0.00	0
CALLAO	0	0	0	0.00	0.00	0
MOQUEGUA	0	0	0	0.00	0.00	0
ANCASH	0	0	0	0.00	0.00	0
AREQUIPA	0	0	0	0.00	0.00	0
HUANUCO	0	0	0	0.00	0.00	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0.00	0.00	0
Total general	54394	30282	84676	2.10	100.00	0

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SE 53 del 2014

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.

Casos de Malaria (Vivax + Falciparum) según departamentos Perú años 2004 – 2013 y 2014*

DEPARTAMENTOS	AÑOS														
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*				
LORETO	22406	32883	50977	66632	42974	54286	42467	37008	25054	25850	11496	11779	25148	43701	60566
PIURA	14544	14459	10087	2401	777	319	174	588	4016	2721	2151	251	25	10	10
JUNIN	2559	2491	181	9626	6382	5757	2912	3424	2528	1948	7289	4586	1840	2217	2051
SAN MARTIN	1821	5094	6301	10347	10344	8911	1538	985	854	848	748	252	164	105	763
MADRE DE DIOS	534	405	367	419	2193	5284	8878	6605	4889	2180	3041	1760	865	260	11
AYACUCHO	2305	1431	2234	2532	4742	5304	2740	892	412	423	1090	2226	2523	1604	681
CUSCO	1576	1830	2428	2387	4760	3410	1742	704	611	295	1038	1066	460	685	362
TUMBES	2832	3305	1894	1521	1066	437	453	1167	2793	1474	1813	684	87	0	1
UCAYALI	748	1371	3283	3535	3541	2685	636	144	294	229	296	57	48	96	60
LA LIBERTAD	1820	2212	971	1204	1125	740	1151	254	125	248	172	237	105	83	47
CAJAMARCA	1398	669	597	501	883	1164	546	288	106	56	25	69	35	11	1
AMAZONAS	619	368	698	636	845	1345	844	513	181	84	7	4	1	4	108
LAMBAYEQUE	1951	480	596	1020	213	362	30	123	133	344	89	24	3	8	5
ANCASH	888	929	968	536	627	628	638	244	1	16	3	0	3	0	0
PASCO	581	125	213	389	306	518	854	212	221	24	157	50	601	89	9
APURIMAC	130	18	43	45	340	440	10	8	1	10	4	5	3	2	0
HUANCAVELICA	215	11	71	23	114	59	96	56	20	3	5	2	0	2	0
HUANUCO	81	67	141	79	154	75	12	5	1	3	4	4	2	6	0
PUNO	1	0	0	357	5	5	4	5	3	0	0	0	0	0	0
LIMA	70	35	4	7	0	4	4	3	0	0	0	0	0	2	0
ICA	29	13	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1
AREQUIPA	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	56627	68138	82163	79487	81786	87673	60737	51234	41821	36716	29338	33000	11704	48839	64676

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SE 53 del 2014

En la región Loreto, el distrito que presenta más casos de Malaria por p. falciparum es Andoas con 1,540 (54.76 %) del total de casos falciparum, le sigue Pastaza con 805 casos, luego Morona con 51 casos. En el distrito de Andoas la situación de la malaria falciparum es alarmante por la cantidad de casos registrados hasta la fecha, notándose un incremento a partir de la SE 31 en adelante con un mayor incremento en la SE 43.

En los últimos 3 años (2012-2014) se han presentado un ligero incremento de la Morbilidad por Malaria, El presente año el Índice Parasitario Anual (IPA) es superior al año 2013 (1.85), que indica la presencia del Plasmodium (Vivax o Falciparum) por cada 1000 habitantes. El IPA se ha incrementado de 1.59 (2013) a 1.85 x 1000 habitantes en lo que va del año 2014.

Dengue

Para el año 2014 (SE 53), se han registrado 19,043 casos, observándose un incremento del orden del 46%, con relación al año 2013; asimismo los casos de Dengue grave registran un incremento del 100% con 31 fallecidos; frente a los 15 fallecidos ocurridos el año 2013. El 83.8 % del total de casos de Dengue son reportados por 05 regiones: Loreto, San Martín, Piura, Madre de Dios y Tumbes.

Casos de dengue por departamentos Perú 2014*

DEPARTAMENTOS	Número de casos			Indidencia x 1000	%	Muertes
	Confirmados	Probables	Total			
LORETO	4929	2792	7721	7.50	40.55	13
SAN MARTIN	1452	300	1752	2.11	9.30	5
PIURA	1311	1635	2946	1.61	15.47	5
MADRE DE DIOS	1069	258	1327	9.90	6.97	2
UCAVALI	673	959	1632	3.33	8.57	4
TUMBES	645	1201	1846	7.87	9.69	2
JUNIN	457	99	556	0.41	2.92	0
CAJAMARCA	298	17	315	0.21	1.65	0
CUSCO	227	3	230	0.18	1.21	0
AMAZONAS	202	14	216	0.51	1.13	0
LAMBAYEQUE	138	57	195	0.36	1.02	0
HUANUCO	117	58	175	0.20	0.92	0
LA LIBERTAD	63	2	65	0.04	0.34	0
PASCO	26	11	37	0.12	0.19	0
PUNO	13	1	14	0.01	0.07	0
LIMA	3	3	6	0.00	0.03	0
ANCASH	0	9	9	0.01	0.05	0
APURIMAC	0	0	0	0.00	0.00	0
AREQUIPA	0	0	0	0.00	0.00	0
AYACUCHO	0	1	1	0.00	0.01	0
CALLAO	0	0	0	0.00	0.00	0
HUANCAVEUCA	0	0	0	0.00	0.00	0
ICA	0	0	0	0.00	0.00	0
MOQUEGUA	0	0	0	0.00	0.00	0
TACNA	0	0	0	0.00	0.00	0
Total general	11623	7420	19043	0.62	100.00	31

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
 (*) Hasta la SE 53 del 2014

**Casos de Dengue según departamentos
Perú años 2004 – 2013 y 2014***

DEPARTAMENTOS	AÑOS														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
LORETO	518	510	2499	784	2580	1772	1995	1720	7232	3723	1322	21245	4382	4472	7721
PIURA	2620	11713	301	1726	37	51	865	282	1702	4029	8393	183	1181	1979	2946
TUMBES	192	1803	13	50	1552	183	243	79	51	830	1177	104	592	250	1846
SAN MARTIN	218	179	42	46	577	172	170	677	541	448	307	1437	2322	1207	1752
UCAVALI	97	682	2977	182	1413	69	174	182	931	1069	121	1770	11056	1057	1632
MADRE DE DIOS	21	103	12	0	0	85	2	314	45	798	2952	1956	2047	2270	1327
JUNIN	7	48	307	118	192	114	189	378	8	243	140	87	746	773	356
CAJAMARCA	18	1100	1176	114	383	1127	123	125	464	473	784	688	3208	85	315
CUSCO	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	57	0	2	230
AMAZONAS	341	692	30	143	312	409	35	320	648	158	273	305	587	247	216
LAMBAYEQUE	0	813	45	79	1868	804	77	656	718	674	291	10	491	25	105
HUANUCO	29	159	132	107	356	143	128	28	110	257	214	136	336	67	175
LA LIBERTAD	1496	5718	3	0	253	259	10	1482	267	134	728	17	104	23	65
PASCO	0	0	22	1	6	3	0	2	30	29	0	87	80	55	37
PUNO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	14
ANCASH	0	4	824	1	8	4	1	8	77	224	50	0	1068	453	9
LIMA	0	2	0	0	0	440	10	91	0	235	90	0	314	102	6
AYAUCUCHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	5557	23526	8085	3349	9547	5637	4022	6344	12824	13326	16842	28084	28505	13076	19043

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SE 53 del 2014

Se registró un descenso en los casos de Dengue grave del 33% con 28 fallecidos; frente a los 42 fallecidos ocurridos el año 2012, evidenciándose un menor incremento de la morbilidad en relación a otros países de Sudamérica; pese a que la dispersión del vector se encuentra presente en localidades donde anteriormente no existía.

Aprobación del Documento Técnico: “Acciones de promoción de la salud para la prevención del dengue mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 883-2014/MINSA.

5,375 pobladores de la sociedad civil fueron sensibilizados en prácticas saludables, a través del lanzamiento para la Prevención y control del dengue.

Enfermedad de Carrión

Para los últimos años, se observa un incremento en la morbilidad ocasionada por Enfermedad de Carrión. Sin embargo para el año 2014 se registra un descenso del 72% respecto al año anterior. En el año 2012, se registró un total de 567 casos; con 08 fallecidos. Este incremento se debió al brote presentado durante el tercer trimestre en el distrito de Lalaquiz-Provincia de Huancabamba de la región Piura. El 83% del total de casos para el presente año fue reportado por 03 regiones; Cajamarca, Ancash y Lima.

**Enfermedad de Carrión según departamentos
Perú años 2005 – 2013 y 2014***

DEPARTAMENTOS	AÑOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
CAJAMARCA	4126	1667	957	798	899	145	286	156	46	180
ANCASH	3214	1515	700	503	343	103	115	102	104	90
LA LIBERTAD	1787	1850	966	86	1	4	0	10	16	7
AMAZONAS	823	378	294	144	66	30	30	116	85	21
PIURA	129	76	88	70	71	44	248	62	530	10
LIMA	209	224	87	10	2	0	1	0	36	31
CUSCO	22	157	36	122	28	5	3	6	0	1
HUANUCO	195	36	19	6	3	1	4	1	0	0
AYACUCHO	0	124	83	6	4	3	2	10	12	2
PUNO	0	51	32	1	0	0	0	0	0	0
LAMBAYEQUE	6	22	9	8	0	1	5	8	0	1
LORETO	0	26	5	0	0	0	0	0	0	0
SAN MARTIN	6	8	5	1	4	0	0	0	1	4
JUNIN	0	8	1	0	0	0	0	0	0	1
MADRE DE DIOS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
PASCO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
UCAYALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUMBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	20517	5562	3233	1675	721	336	713	561	810	310

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SE 53 del 2014

Leishmaniasis

La tendencia de la Leishmaniasis en el Perú va en aumento de casos, reportándose 6,212 en el 2012 y 6,890 en el 2013, sin embargo para el presente año se registra un descenso del 10% respecto al año pasado.

Disminución de la proporción de L. Mucocutánea / Cutánea de 5.3% a 94.7%. Por otro lado, no se reportaron defunciones por Leishmaniosis.

**Leishmaniosis según departamentos
Perú años 2004 – 2013 y 2014***

DEPARTAMENTOS	AÑOS										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
SAN MARTIN	223	331	897	1758	881	392	1078	3152	577	617	672
CUSCO	772	962	1193	917	1081	985	999	967	961	894	644
CAJAMARCA	1182	1073	755	895	614	428	597	719	417	384	486
PIURA	469	620	754	1246	543	665	736	793	549	644	489
JUNIN	471	471	956	883	894	777	702	786	502	485	358
MADRE DE DIOS	433	935	651	435	176	470	406	729	404	1020	634
ANCASH	818	894	606	1051	739	857	412	172	252	341	443
LIMA	544	530	331	740	451	354	481	262	247	393	329
AMAZONAS	529	364	319	361	308	275	566	620	178	324	328
LA LIBERTAD	323	386	255	961	455	355	383	242	237	251	287
HUANUCO	373	444	383	835	422	282	354	310	309	274	217
LORETO	295	276	411	290	285	305	281	381	329	257	277
UCAYALI	150	235	231	120	137	123	173	137	139	256	313
PASCO	182	176	183	110	106	142	172	152	341	173	140
LAMBAYEQUE	57	268	132	88	132	120	100	152	93	186	237
PUNO	11	18	30	67	119	185	180	103	174	272	199
AYACUCHO	72	86	100	84	76	85	60	73	82	95	88
APURIMAC	17	13	26	25	18	12	28	23	31	23	25
HUANCAVELICA	5	0	3	2	3	0	4	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TUMBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	6636	8062	8226	10163	7640	6252	7689	3803	6212	6890	6231

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SE 53 del 2014

Fiebre Amarilla

Durante el año 2013 se reportaron 21 casos de Fiebre Amarilla y en el año 2014: 17 casos, siendo estos en población migrante a zonas con riesgo de transmisión, con 11 fallecidos.

Las DIRESAS de San Martín y Junín reportan aproximadamente el 67% del total de casos, representando el 47% y 20% respectivamente.

**Casos de Fiebre Amarilla según departamentos
Perú años 2004 – 2013 y 2014***

DEPARTAMENTOS	AÑOS														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
SAN MARTIN	3	12	20	13	16	32	15	30	5	6	10	6	1	5	7
AMAZONAS	0	0	2	0	0	63	17	0	7	0	0	0	1	0	0
JUNIN	1	1	12	7	33	4	23	0	0	0	1	1	0	3	2
LORETO	0	9	6	0	1	1	7	2	2	1	0	2	1	2	2
CUSCO	1	0	6	6	1	0	3	11	1	1	5	0	1	0	0
MADRE DE DIOS	0	0	2	4	8	0	2	3	2	0	1	2	1	1	2
PUNO	0	0	2	1	0	1	8	1	0	0	1	0	4	4	1
HUANUCO	1	2	0	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
AYACUCHO	0	1	1	0	0	0	8	0	0	0	0	1	0	2	0
UCAYALI	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1
PASCO	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	1	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CAJAMARCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUMBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PIURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANCASH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAMBAYEQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LA LIBERTAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	6	28	51	26	67	102	88	29	17	8	18	13	9	21	17

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SE 53 del 2014

Chagas

Para el año 2014 (SE 45), se han registrado 54 casos de Chagas, observándose un ligero descenso del 11%, con relación al año 2013. Sin embargo, el número de casos de enfermedad crónica reportados ha disminuido ostensiblemente.

Se ha logrado interrumpir la transmisión de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tacna, Moquegua y disminuir la transmisión de la enfermedad en el resto de áreas endémicas.

**Enfermedad de Chagas según departamentos Perú
años 2004 – 2013 y 2014***

DEPARTAMENTOS	AÑOS											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	
AREQUIPA	40	26	124	57	39	116	4	79	42	40	42	
LORETO	0	0	1	8	1	2	2	1	2	1	6	
CAJAMARCA	1	0	1	0	1	0	14	1	0	2	2	
SAN MARTIN	0	0	0	2	4	1	1	2	0	4	3	
AMAZONAS	4	4	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
MOQUEGUA	0	0	1	0	0	1	2	3	0	0	3	
LAMBAYEQUE	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	3	
UCAVALI	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	
ICA	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	
MADRE DE DIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
PIURA	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	
PUNO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
AYACUCHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
HUANUCO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
PASCO	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
TUMBES	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
CUSCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ANCASH	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
APURIMAC	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
JUNIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LA LIBERTAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total general	55	33	133	70	46	126	24	90	45	61	71	

FUENTE: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) - DGE - MINS
*) Hasta la SE 53 del 2014

Se ha garantizado el tratamiento gratuito a todos los casos crónicos de chagas reportados.

Otros logros

- Se cuenta con planes Regionales de Gestión Integrada en preparación y respuesta frente al riesgo de ingreso del virus Chikungunya al Perú, en el marco del Decreto Supremo N° 026-2014.SA, en las regiones priorizadas.
- Se elaboró la Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de Fiebre Chikungunya en el Perú, aprobada con Resolución Ministerial N° 733-2014/MINSA.
- 474 trabajadores administrativos y operativos de 20 hoteles de Lima y del Callao capacitados para adoptar prácticas saludables para la prevención de Ebola, 19 Directores Regionales de Salud y equipo técnico regional de promoción de la salud capacitados en las líneas de intervención a trabajar en DENGUE en los distintos escenarios (Municipio, comunidad, instituciones educativas y viviendas).

Zoonosis

A diciembre del 2014 el 100 % de las regiones del Perú se mantienen libres de rabia humana transmitida por el perro y el 88% del país se mantienen libres de rabia canina en el mismo periodo, siendo las regiones de Puno (07) y la Región Madre de Dios (02) quienes aún mantienen casos de rabia en esta especie animal.

A diciembre 2014 el 100% del territorio nacional sin casos de rabia humana transmitida por murciélagos.

Se tiene 14 casos de peste afectando 02 distritos de la Provincia de Ascope de La Libertad y 1 distrito de la Provincia de Jaén - Cajamarca, habiéndose reducido en más del 40% de lo registrado en el año 2013 (24 casos).

**Casos de Peste (Confirmados + Probables + Sospechosos)
Según departamentos; Perú años 2004 – 2013 y 2014***

DEPARTAMENTOS	Años														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
CAJAMARCA	51	12	9	19	8	6	34	11	14	0	1	0	0	13	8
LA LIBERTAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	21	1	8	4	4
LAMBAYEQUE	3	7	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
AMAZONAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
PASCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOBETO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AYACUCHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANCASH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TUMBS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUNO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUSCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MADRE DE DIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUANUCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PURIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZURIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN MARTIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UCAYALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	54	19	9	21	11	6	34	11	14	5	22	1	7	24	14

FUENTE : Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA
(*) Hasta la SR 03 del 2014

Se realizó la presentación del “Plan Integral de Prevención, Vigilancia y Control de la Peste Humana con el Enfoque de Abordaje de los Determinantes Sociales de Salud y de Gestión Territorial en la Macro Región Norte del Perú”. En base a este Plan, las Direcciones Regionales de Salud vienen estableciendo acuerdos y compromisos con las gerencias intersectoriales involucradas para consensuar una ruta de trabajo que permita vulnerar los determinantes o condiciones de vida de los afectados de peste y de la población pobre asentada en las localidades de riesgo.

Con OPS se viene desarrollando acciones dentro del Plan Estratégico Integral para la Vigilancia y Control de la Peste en América del Sur: Estudios cualitativas en Mercado La Hermelinda –La Libertad, Fortalecimiento de la red de laboratorios con el INS.

Se concluyó la revisión del Plan Integral de Prevención y Control de Leptospirosis Humana con el Enfoque de abordaje de los Determinantes Sociales de Salud en el marco de la Gestión Territorial en las regiones de riesgo.

En atención al incremento de casos de Leptospirosis en la Dirección Regional de Salud Madre de Dios se realizó la asesoría técnica correspondiente para la emisión de Resolución Directoral Regional N° 369-2014-GOREMAD-DRS/DG aprobando la “Guía Práctica Clínica para el Tratamiento Presuntivo de Casos Ambulatorio de Leptospirosis.

Se realizó la Reunión Técnica Macroregional de Vigilancia, Prevención y Control de la Equinococosis Quística con el enfoque de los Determinantes Sociales los días 15 y 16 de octubre en la ciudad de Huancayo con la participación de representantes nacionales del Ministerio de Agricultura- SENASA, del Ministerio de Cultura, del Ministerio de Vivienda a través del Programa Nacional Tambos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quienes participaron en la Mesa de articulación intra-sectorial, para la atención integral de la persona, familia y comunidad en el marco de la gestión territorial y el abordaje de los Determinantes Sociales.

OBJETIVO GENERAL 05:

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

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

Los servicios móviles permiten atender a peruanos que viven en zonas rurales y de difícil acceso, es así que uno de los pilares de la reforma es llevar más y mejores servicios de salud a todos los peruanos, en particular a aquellos que viven en zonas carentes de estos. Esta labor está a cargo del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), que actúa en todo el país acercando la atención de salud a las comunidades alejadas y de difícil acceso para la atención de urgencias tales como el riesgo de muerte materno-infantil. Este servicio se ha reforzado con la adquisición de 234 ambulancias con equipos médicos completos.

Se han elaborado documentos técnicos tales como: Plan de Prevención y Reducción de riesgos frente a bajas temperaturas, Plan de Contingencia frente al Fenómeno de El Niño, Plan de Prevención y Reducción del riesgo de Desastres del Ministerio de Salud, frente a efectos de lluvias 2014-2015, Plan de Prevención y Reducción del riesgo de Desastres del Ministerio de Salud, frente a efectos de Sismos y Tsunamis 2015, Lineamientos para la elaboración del Programa de Atención y Vigilancia Epidemiológica Ambiental y Sanitaria” a ser aplicado en cada Emergencia Ambiental.

Se continuó con el fortalecimiento de la presencia del estado en el VRAEM y otras zonas de menor desarrollo social a través de los Hospitales de Campaña y otras acciones de intervención, mediante Campañas de Atención Médica Integral”.

Se realizó el proceso logístico para la adquisición de Hospitales de Campaña con recursos incorporados, mediante la Ley N° 30191, Ley que establece medidas para la prevención, mitigación y adecuada preparación para la respuesta ante situaciones de desastre.

Se realizó 47, 932 atenciones, en situaciones de emergencias en las localidades de San Martín, Junín, Cajamarca, Puno, Moquegua, Pasco, Madre de Dios, Loreto, Huancavelica, Piura, Cusco, Amazonas, Ucayali y Ayacucho, con especialistas de salud realizando atención médica especializada y entrega de medicamentos.

Se ha efectuado el simulacro de sismo a nivel nacional (Terremoto/Tsunami), con la participación de Hospitales de Lima y Callao, así como de las DIRESAs/GERSAs, y se puso en operación toda la “Red Nacional de Epidemiología de las Costas del Perú”.

El funcionamiento ininterrumpido del Centro de Operaciones de Emergencia (COE-MINSA), permite procesar la información, sobre peligros inminentes y situaciones de emergencias y desastres.

Se elaboró la cartilla educativa: “Cartilla Educativa para el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud en la Gestión de Riesgos de Desastres”.

Se realizó el Estudio de “Análisis de Vulnerabilidad” en 160 Establecimientos de Salud a nivel nacional, a través del instrumento “Índice de Seguridad Hospitalaria” (ISH).

Se realizó 8,029 atenciones, en la emergencia declarada mediante D.S. 028-2014-PCM, por erupción del “Volcán Ubinas” en la provincia de general Sánchez Cerro, del departamento de Moquegua y en el distrito de San Juan de Turicani de la provincia y departamento de Arequipa.

OBJETIVO GENERAL 06:

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

En el marco de la Reforma del Sector Salud, la nueva Ley de Organización y Funciones del MINSA aprobada por Decreto Legislativo N° 1161, y la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, aprobada por Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, el Ministerio de Salud está fortaleciendo la gobernanza del sistema nacional de salud, a través del desarrollo de una estrategia de modernización y desarrollo organizacional para el Sector en su conjunto. Los principales logros en dicho campo son los siguientes:

Se inició la implementación de la Hoja de Ruta para la Implantación de la Reforma Institucional del Ministerio de Salud 2014 - 2015, la misma que se aprobó mediante la Resolución Ministerial N° 598-2014/MINSA y que establece la perspectiva estratégica y programática para la implementación de los cambios organizacionales y de generación de primeras condiciones internas para la modernización institucional. El avance en su ejecución hasta el momento viene dándose de manera positiva, lo que se hace tangible en la actualización y creación de nuevos instrumentos institucionales y organizacionales, así como en medidas de sensibilización y comunicación al personal de la entidad en materia de gestión del cambio; y pone al MINSA en una estrategia sólida hacia su modernización institucional, en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.

Se logró la culminación de los instrumentos de gestión establecidos por los Decretos Legislativos de la Reforma del Sector Salud, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud durante su formulación:

- Con Decreto Supremo N° 008-2014-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de lo establecido por el Decreto Legislativo N° 1158. Este modelo de gestión contribuirá en contar con una Superintendencia capaz de supervisar la prestación de servicios de salud en los ámbitos públicos y privados, defendiendo el derecho del ciudadano.
- Con Decreto Supremo N° 016-2014-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en el marco de lo establecido por el Decreto Legislativo N° 1167. La creación del Instituto permite especializar a una entidad a cargo de la gerencia y operación de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana para que el ciudadano cuente con más y mejores servicios de salud a su disposición.
- Con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, se aprobó el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud. Permitiendo contar con el Instituto más moderno, con una estructura organizacional y funciones que responda a sus procesos, que le permita brindar servicios de alta complejidad a los niños y adolescentes.
- Se viene brindando acompañamiento técnico al equipo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud para la elaboración de los Manuales de Operaciones de sus 33 órganos desconcentrados: Hospitales Nacionales, Institutos Especializados y Direcciones de Red, en el marco del plazo establecido por el D.S. N° 016-2014-SA, que permitirá que los establecimientos transiten gradualmente a una gestión por procesos, y cuenten con estructuras organizacionales que respondan a sus procesos de prestación de servicios de salud, con el fin de brindar una mayor y mejor atención a los usuarios.
- Con Decreto Supremo N° 030-2014-SA, se aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que establece medidas para el fortalecimiento del Seguro

Integral de Salud - SIS y que modifica su Reglamento de Organización y Funciones, que fortalecerá el brazo operativo y financiador del aseguramiento para cerrar las brechas de atención de salud.

Se inició la estrategia de implantación de la gestión por procesos en el MINSA, para identificar y mejorar los procesos de producción de bienes y servicios de la institución, a través de la aprobación con Resolución Ministerial N° 805-2014/MINSA de la Directiva Administrativa que establece los Lineamientos para la Gestión por Procesos en el Ministerio de Salud, y de referencia para los actores del Sector Salud; la Guía Técnica de la Fase 1 de la metodología de gestión por procesos, dirigida a la formulación de los Manuales de Procesos de la entidad; y la aprobación mediante Resolución Ministerial N° 598-2014/MINSA del Mapa de Procesos del Ministerio de Salud y las Fichas Técnicas de los Procesos de nivel 0, documento de gestión que establece el modelo de procesos estratégicos, misionales y de soporte de la entidad.

Asimismo, el MINSA promovió la implantación de la gestión por procesos en sus organismos públicos con el fin de diseñar cadenas de valor que permitan mejorar los servicios directos que brindan a los ciudadanos. En ese sentido, acompañó técnicamente en la elaboración de los Mapas de Procesos de sus Organismos Públicos adscritos, como el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, que se aprobó mediante Resolución Jefatural N° 021-2014, y la Superintendencia Nacional de Salud, que se incluyó en el Informe Técnico Sustentatorio del Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud el mismo que se aprobó con Decreto Supremo N° 008-2014-SA.

Logros en Gestión y Planificación de Inversiones

En el marco legal del Decreto Legislativo N°1157, que aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud, se ha creado e instalado el CMIS (Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud) de nivel nacional.

Se terminaron de implementar todos los Comités Intergubernamentales (25) de Inversión en Salud (CRIIS), como el mecanismo de concertación entre el GORE y los Gobiernos Locales, con participación del MINSA. De ellos 16 han priorizado sus inversiones para los EE.SS. estratégicos para el 2015.

Se elaboró el Documento Técnico “Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud a nivel Regional- V.02”, aprobado con Resolución Ministerial N° 889-2014/MINSA.

Se ha llevado a cabo talleres para la aplicación de la metodología del Planeamiento Multianual de Inversiones (PMI): Plan Regional Multianual de Inversiones (PRMI) concluidos en 06 Regiones: Tumbes, Tacna, Madre de Dios, Ica, Callao y Moquegua, a la espera de la aprobación mediante Resolución de Presidencia Regional; y en proceso

en 05 regiones, habiéndose desarrollado la 1° etapa en: Ayacucho, Lambayeque, Piura, Huánuco, San Martín.

El Ministerio de Salud en el marco de la política de inclusión social y junto con los Gobiernos Regionales, ha dispuesto el fortalecimiento progresivo de 748 establecimientos de salud estratégicos en 189 provincias del país. De ellos, son 170 establecimientos, que han sido proyectados como hospitales y que tiene un primer orden de prelación para la inversión.

ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA

Etapa de implementación		Número	Consideraciones
4	Obra inaugurada	19	A cargo de GR
3	Obra y equipamiento	13	11 a cargo de GR
			1 a cargo de DISA y 1 de GL
2	Expediente técnico	22	13 provienen de perfiles elaborados con nuevas reglas
1	Preinversión	81	69 a cargo del PNI
			12 a cargo de GR
0	Por intervenir	35	8 a cargo de PNI
			3 a cargo de GR

En el apoyo a los Gobiernos Regionales y Locales, el Ministerio de Salud ha transferido recursos en el 2014 para la ejecución de 32 PIP de interés para el sector salud por un monto de S/. 400.14 millones; en especial para seguir con la construcción de 7 hospitales en GORE San Martín, el Hospital de Moquegua y el Hospital de Jaén; para lo cual se elaboraron informes técnicos y sus convenios, haciendo además el seguimiento y monitoreo de su implementación.

En el año 2014 se continuó con la ejecución de 03 proyectos relevantes para Lima Metropolitana: Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Hospital de Emergencias de Ate, Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) - Contraparte Peruana.

En el año 2014 se ha conseguido la continuidad de inversiones, en especial para la implementación de los Hospitales de Ica y del Instituto Nacional del Niño, además de otros proyectos importantes de los Hospitales y de las DISAs de Lima, por un monto de S/. 31.7 millones de soles (Resolución M. N° 146-2014/MINSA).

Compras Corporativas para el abastecimiento de medicamentos – Años 2015-2016

En el marco de las compras corporativas, para el abastecimiento de medicamentos 2015 -2016, se convocó cuatro procesos cuya situación es la siguiente:

PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	N° DE ÍTEM CONVOCADOS	MONTO REFERENCIAL CONVOCADOS (S/)	SITUACIÓN
LP-09-2014	Compra Corporativa de productos farmacéuticos antirretrovirales para el abastecimiento del año 2015-subasta inversa	12	27,462,571.57	Se adjudicó 7 ítems (24,052,660.17); pendiente segunda convocatoria
LP-10-2014	Compra Corporativa de productos farmacéuticos antituberculosos de primera línea para el abastecimiento del año 2015-subasta inversa	5	7,421,308.27	Se adjudicó 3 ítems (5,728,719.14); pendiente segunda convocatoria
LP-11-2014	Compra Corporativa de productos farmacéuticos para el abastecimiento del año 2015-proceso clásico.	64	77,763,214.84	Convocado el 26 de diciembre, en etapa de consultas. Fecha de presentación de propuestas
LP-12-2014	Compra Corporativa de dispositivos médicos para el abastecimiento del año 2015-proceso clásico.	401	419,370,378.80	Convocado el 26 de diciembre. Fecha de presentación de propuestas 20 de enero del 2015
		482	532,017,473.48	

Del mismo modo, en el año 2014 se concretó la segunda compra corporativa de dispositivos médicos, adjudicándose el 91% de los 80 ítems convocados, cuyo resumen se presenta a continuación:

SITUACIÓN	N° DE ÍTEMS	PARTICIPACIÓN %	MONTO REFERENCIAL S/	% VALOR REFERENCIAL	MONTO ADJUDICADOS/	AHORROS/	% AHORRO
Adjudicados	73	91.25%	100,655,583.58	97.42%	95,914,416.43	4,741,167.15	4.71%
Desiertos	7	8.75%	2,660,418.18	2.58%			
Total	80		103,316,001.76		95,914,416.43		

Reequipamiento de los Servicios de Salud

Mediante el Decreto Supremo N° 075-2014-EF se autoriza la Transferencia de Partidas a favor de 25 Gobiernos Regionales por la suma de S/. 120 millones para el año 2014. Se ha adquirido 18,902 equipos: Ambulancias, equipos de rayos X, autoclave, camioneta, microscopio, esterilizador, incubadora neonatal, equipo de ecografía, equipo nebulizador, equipo de anestesia, centrifuga para tubos, monitor multi-parámetro de funciones vitales, unidad dental, aspirador de secreciones, grupo eléctrico, centrifuga para micro hematocrito, equipo de rayos x dental, equipo doppler, analizador hematológico, desfibrilador, lámpara dialítica, espectrofotómetro, cuna de calor radiante, congeladora eléctrica horizontal, refrigeradora conservadora de medicamentos y biológicos, centrífuga refrigerada, bomba de infusión, ventilador volumétrico e incubadora de laboratorio, entre otros.

Decreto Supremo N° 075-2014-EF – Distribución por Gobiernos Regionales
2014

REGIÓN	DS N° 075-2014-EF	POBLACIÓN	UNIDAD EJECUTORA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° DE BIENES PROGRAMADOS
AMAZONAS	6,306,593	719,896	6	180	1,378
ANCASH	6,891,687	875,873	8	219	427
APURIMAC	6,306,536	975,859	9	244	2,024
AREQUIPA	6,371,550	251,964	6	63	281
AYACUCHO	6,307,156	619,910	8	155	511
CAJAMARCA	3,705,297	499,928	6	125	408
CALLAO	2,924,855	203,970	4	51	293
CUSCO	4,617,731	515,925	8	129	662
HUANCAVELICA	5,331,307	643,907	8	161	592
HUANUCO	4,616,131	751,891	6	188	1,387
ICA	4,616,160	219,968	5	55	156
JUNIN	6,306,546	1,451,790	8	363	4,086
LALIBERTAD	2,015,491	503,927	10	126	472
LAMBAYEQUE	5,136,420	139,980	3	35	636
LIMA	6,372,254	1,031,851	9	258	1,161
LORETO	3,705,907	415,940	6	104	587
MADRE DE DIOS	5,201,268	423,939	2	106	544
MOQUEGUA	3,705,907	163,976	3	41	245
PASCO	3,055,742	367,947	3	92	258
PIURA	5,461,341	535,922	7	134	874
PUNO	3,705,910	543,921	12	136	342
SAN MARTIN	5,784,841	335,951	5	84	419
TACNA	3,705,907	115,983	2	29	296
TUMBES	1,150,807	163,976	2	41	494
UCAYALI	6,696,656	239,965	5	60	788
Total	120,000,000	12,714,160	151	3,179	18,902

El Decreto de Urgencia N° 001-2014, autoriza gasto por S/. 40, 650,000 en Lima Metropolitana.

Los equipos priorizados se orienta fundamentalmente al área materna siendo los principales los siguientes: aspirador ultrasónico, balanza digital de pie con tallimetro adulto, balanza digital neonatal, balanza digital pediátrica con tallimetro, cama camilla multipropósito, cama clínica rodable para adultos, cama para UCI eléctrica, desfibrilador con monitor, detector de latidos fetales de mesa, ecógrafo doppler color, ecógrafo doppler color avanzado con software de elastografía, ecógrafo doppler color 3d, electrocardiógrafo con interpretación, electrocauterio monopolar y bipolar, equipo cpap, equipo estimulante – electroshock, estimulador magnético transcraneal (incluye electromiografía y potenciales evocados), fotómetro digital, incubadora de transporte, incubadora cerrada, incubadora neonatal hibrida abierta, máquina de anestesia con monitoreo completo, máquina de anestesia con monitoreo básico, monitor de funciones vitales de 6 parámetros, monitor de funciones vitales de 8 parámetros, monitor de funciones vitales de 9 parámetros, monitor fetal gemelar, pulsioxímetro, unidad dental, ventilador mecánico adulto pediátrico y ventilador mecánico neonatal.

REPOSICIÓN LIMA METROPOLITANA - DU N° 001-2014

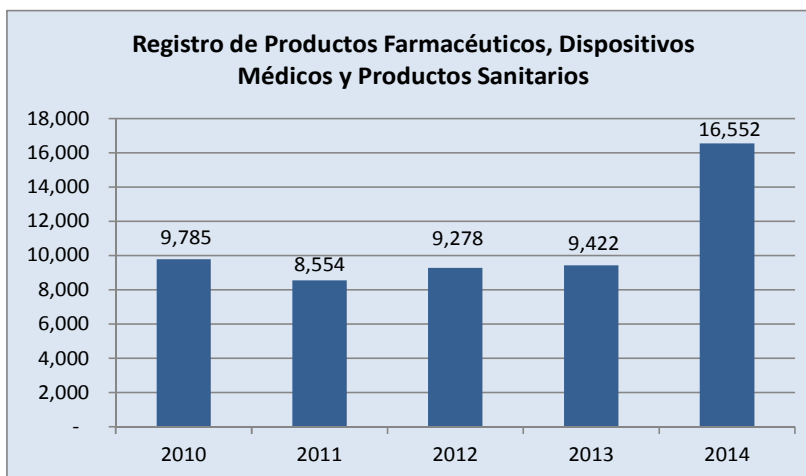
INSTITUCIONES DE SALUD	NUMERO	BIENES	TOTAL
HOSPITALES E INSTITUTOS	22	581	20,320,200
7 REDES DE SALUD	177	1,323	20,329,800
Total	199	1,904	40,650,000

Medicamentos, Insumos y Drogas

En el marco de la Regulación de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, tenemos los documentos técnico-normativos de la DIGEMID para regular la actuación de las personas o empresas que intervienen en la fabricación, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, promoción, publicidad, prescripción, atención farmacéutica, expendio y uso de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en el país así como en las acciones relacionadas al acceso a dichos productos y mejora de la gestión:

N° Doc.	Asunto
R.M. N° 061-2014-MINSA	Aprueban Listado de Ingredientes Farmacéuticos Activos - IFAs Menos Estables.
D.S. N° 013-2014-SA	Dictan disposiciones referidas al Sistema Peruano de Fármaco vigilancia y Tecno vigilancia
R.M. N° 676-2014-MINSA	Aprobar la relación de medicamentos a ser dispensados mediante el mecanismo de "farmacias inclusivas", para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial y diabetes mellitus.
R.M. N° 806-2014-MINSA	Aprobar el Listado de Productos farmacéuticos para la Compra Corporativa de Productos Farmacéuticos para el abastecimiento del año 2015, contenido en el Anexo N° 1, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
R.M. N° 937-2014-MINSA	Aprobar el Listado de Cantidades de muestras de retención de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos en el marco de lo Dispuesto en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2011-SA, que en Anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
R.M. N° 793-2014-MINSA	Participación para la exoneración de la realización del proceso de licitación para la adquisición del medicamentos Entecavir 0,5 mg.

Respecto al Registro Sanitario de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, las acciones se orientan a regular el registro de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios mediante las evaluaciones documentarias para autorizar el registro sanitario que permitirá a la población disponer en el mercado farmacéutico peruano de productos que cumplan con los estándares de calidad, seguridad y eficacia dando mayor confianza para su consumo. En este sentido, durante el año 2014 se otorgó Registro Sanitario a 16,552 productos conforme se detalla a continuación: Registro Sanitario de 2 609 productos farmacéuticos, Registro Sanitario de 5 604 dispositivos médicos, Registro Sanitario de 8 339 productos sanitarios.



La DIGEMID, en aplicación de la normativa vigente ha autorizado 06 laboratorios y 372 droguerías. Estas autorizaciones se otorgan previa inspección, verificando el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento, Manufactura o Dispensación y verificando la presencia del Director Técnico y su permanencia en el horario de funcionamiento.

De la información a nivel nacional suministrada por el sistema de registro de establecimiento, se tiene que se autorizaron a 2,573 establecimientos:

Establecimientos Farmacéuticos autorizados en el 2014

CATEGORIA	N°
Almacén Especializado	4
Botica	1977
Droguería	372
Farmacia	144
Laboratorio	6
Farmacia de EESS	70
TOTAL	2573

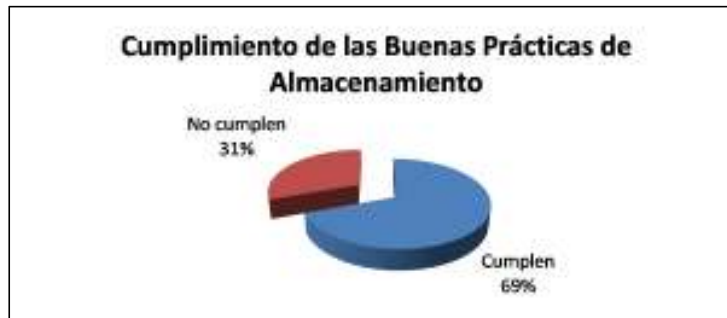
En el marco de los Lineamientos de Política Sectorial y Política Nacional de Medicamentos, la DIGEMID tiene como objetivo fortalecer las acciones de control y vigilancia sanitaria en los establecimientos farmacéuticos. En este contexto, la DIGEMID tienen como función garantizar la calidad de los productos que se encuentran en el mercado farmacéutico para lo cual ejecuta acciones de control y vigilancia de los procesos relacionados con la producción, importación, almacenamiento, distribución, comercialización, donación, promoción, publicidad, dispensación y expendio de los mismos.

Durante el año 2014 se han inspeccionado un total de 1,266 droguerías para verificación del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento. Las inspecciones se efectúan como cumplimiento de las acciones reglamentarias, inspecciones previas para la autorización sanitaria y las orientadas a la certificación en buenas prácticas:

INSPECCIONES DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO – AÑO 2014

TIPO DE INSPECCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Certificación en BPA	328	26
Inspección Reglamentaria	305	24
Inspección previa para Autorización sanitaria	633	50
TOTAL	1266	100

El 69% de los establecimientos farmacéuticos inspeccionados cumplen con las Buenas Prácticas de Almacenamiento:



Asimismo, se ha verificado el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura en 257 establecimientos de fabricación.

INSPECCIONES DE BPM y LABORATORIO - AÑO 2014

TIPO DE INSPECCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Certificación en B.P.M.	75	29
Certificación en B.P.L.	12	5
Inspección Reglamentaria	108	42
Inspección previa para Autorización sanitaria	62	24
TOTAL	257	100

El 67% de los establecimientos cumplen con las Buenas Prácticas de Manufactura y Buenas Prácticas de Laboratorio.



Con la finalidad de erradicar el comercio ilegal de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, durante el año 2014 se efectuaron operativos conjuntamente con representantes de la SUNAT, Ministerio Público, DIGESA, Municipalidades, la Policía Nacional el Perú. Entre los operativos realizados se tiene:

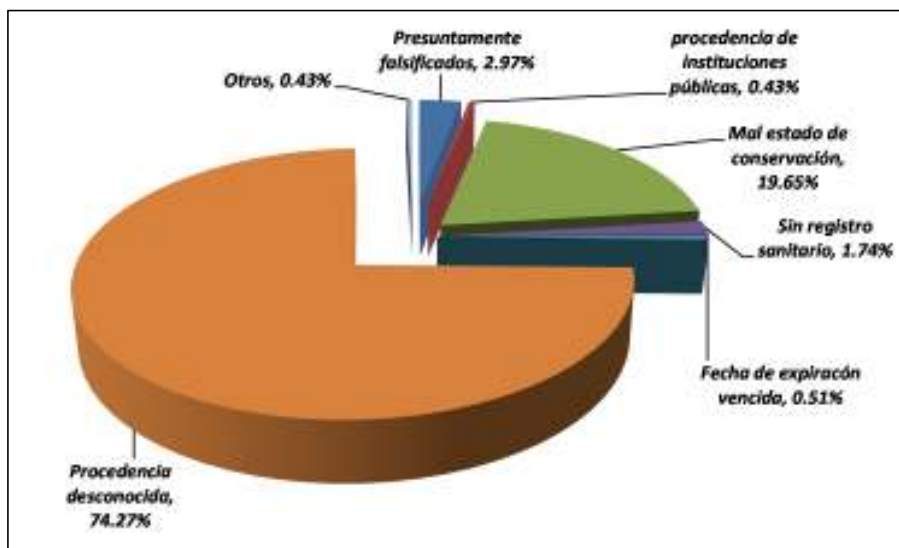
- Intervención realizada a una empresa que elaboraba suplementos nutricionales sin contar con el registro sanitario y en condiciones sanitarias inadecuadas. En este operativo se incautaron producto, equipos y material de empaque.

- Operativo realizado en una galería ubicado en el Cercado de Lima donde se intervinieron 17 establecimientos y se procedieron a la incautación de dispositivos médicos de procedencia desconocida.
- Operativo conjunto entre el Ministerio Público, MININTER, Municipalidad de Lima, SUNAT, PRODUCE y DIGEMID realizado el 25 de julio en las galerías Capón Center y en el edificio Miroquezada, donde se intervinieron 58 establecimientos y permitió incautar 216 bultos con aproximadamente tres toneladas de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y 977 146 unidades con diferentes observaciones sanitarias que sumados con los aportes de las DISAS, DIREAS y otras instituciones suman un total de 1 185 138 unidades.

Como resultado de los operativos se ha efectuado el cierre de 30 establecimientos por incumplir las normas sanitarias vigentes y se incautaron 7 toneladas de productos.

Las principales observaciones detectadas de la evaluación de estos productos se refieren a “procedencia desconocida”, “mal estado de conservación”, productos presumiblemente falsificados, etc. Ver figura a continuación:

OBSERVACIONES EN LA EVALUACIÓN DE PRODUCTOS INCAUTADOS



Por otro lado, durante el año 2014 se recibieron 101 denuncias, de estas fueron atendidas 64, habiéndose generado 120 actas de inspección por verificación y 15 denuncias fueron trasladadas a las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales, por ser de su competencia.

De las inspecciones realizadas se dispuso el cierre temporal de 20 establecimientos farmacéuticos (Droguerías y Laboratorios), por medida de seguridad sanitaria.

Las denuncias están referidas a productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, establecimientos farmacéuticos, entre otros. Según se esquematiza:

DENUNCIAS RECIBIDAS VS. ATENDIDAS				
DESCRIPCION	RECIBIDAS	ATENDIDAS	% AVANCE	% REALIZADAS
Productos Farmacéuticos	40	29	72.50%	45.31
Dispositivos Médicos	29	16	55.17%	25.00
Productos Sanitarios	18	9	50.00%	14.06
Establecimiento	9	8	88.89%	12.50
Otros	5	2	40.00%	3.13
TOTAL	101	64	63.37%	100.00

Vigilancia Epidemiológica

En el año 2014 se emitieron 09 alertas epidemiológicas, en las cuáles se informa la situación y/o riesgos de daños a la salud pública como: Dengue, Cólera, Sarampión Rubeola, Chikungunya, Influenza y Ébola. Asimismo en estas alertas se difunden recomendaciones para la vigilancia, prevención y control, dirigidas a todas las GERESA/DIRESA y establecimientos de salud del país.

Semanalmente se publica y difunde el boletín epidemiológico a través de la página web de la Dirección General de Epidemiología; Semanalmente se publica y difunde Salas de Situación de daños sujetos a vigilancia a través de la página web de la Dirección General de Epidemiología.

Se han elaborado documentos técnicos tales como: Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a la fiebre de Chikungunya, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 427-2014/MINSA; Plan Nacional de Preparación y Respuesta Frente a una Potencial Pandemia de Influenza u Otros Virus Respiratorios Emergentes e Incremento Estacional de Influenza, Perú 2014 – 2015, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 747-2014/MINSA; Plan Nacional de Preparación y Respuesta Frente a la Posible Introducción del Virus.

La Dirección General de Epidemiología realizó 04 cursos virtuales en la cual, en conjunto participaron más de 10000 participantes, trabajadores del sector salud de todo el país. Los cursos desarrollados fueron: “Vigilancia, Prevención y Control de Cólera”, “Vigilancia, Prevención y control de Dengue”, “Vigilancia, Prevención y control de Chikungunya”, “Vigilancia, Prevención y Control de Ébola.

Inteligencia Sanitaria

En el año 2014, La Dirección General de Epidemiología publicó el estudio nacional sobre Carga de Enfermedad (publicado en www.dge.gob.pe).

Se han realizado 03 cursos básicos de ASIS LOCAL (Análisis de Situación de Salud Local), con un total de 1,621 participantes: 153 (1er curso), 603 (2do curso) y 865 (3er curso).

Se han desarrollado 02 aplicativos informáticos: “Aplicativo de ASIS LOCAL”, para facilitar el análisis y la interpretación de morbilidad y mortalidad en base a los datos de las bases oficiales incluyendo el análisis de los datos del último censo nacional, con la incorporación del análisis de desigualdades; así como el “Aplicativo para la Encuesta Local”, para el ingreso de la información levantada a nivel local, ya sea a través de un minicenso o encuesta local y el reporte de los datos.

Recursos Humanos

El MINSA, durante el año 2014, incremento 1,000 nuevas plazas remuneradas (100 para médicos cirujanos y 900 para profesionales de la salud) para los profesionales de las ciencias de la salud que realizan el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) que corresponde a una inversión de S/ 10'787,969.13 nuevos soles (octubre a diciembre). El Sector de Salud ha ofertado 9,024 plazas remuneradas considerando a todas las instituciones financiadoras (MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidades de las FFAA y PNP, e Instituciones Privadas), de las cuales el Ministerio de Salud financia el 71,45% (6,448) del total de las plazas. El Programa SERUMS, lo realizan profesionales de la salud que brindan atención integral de salud a las poblaciones más pobres del país; en el Proceso SERUMS 2014-II, se ha adjudicado un 86.03% de plazas en los establecimientos de los Quintiles I y II de Pobreza.

**Oferta de Plazas Remuneradas en el Proceso SERUMS 2014-II,
Según presupuesto y Quintil de Pobreza**

QUINTIL DE POBREZA/ INSITITUCIÓN	EJERCITO	ESSALUD	MINSA NACIONAL	REGIONAL	Total general	%
1	5	16	1145	269	1435	50.8
2	4	46	706	245	1001	35.5
3	5	22	227	131	385	13.6
S/Q			2		2	0.1
Total general	14	84	2080	645	2823	100.0

Fuente: Base de Datos Aplicativo Informático del Programa SERUMS

La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos ha elaborado diversas estrategias para disminuir el déficit y la inequidad en la distribución de médicos especialistas para el corto y mediano plazo:

- Reforma de la Política Remunerativa, incentivos monetarios para médicos especialistas por atención especializada con énfasis en los establecimientos de salud de los ámbitos de Gobiernos Regionales. Significando una inversión de 47.9 millones de nuevos soles.
- Contratación de Médicos Especialistas, la DGGDRH, ha contratado a 119 Médicos Especialistas para los Hospitales Regionales de 18 Gobiernos Regionales.
- Prestaciones Complementarias, aprobado en el artículo 22° de la Ley 29951, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2013, permite al Médico Cirujano especialista prestar servicios complementarios en el mismo establecimiento y/o en otro que su unidad ejecutora tenga suscrito un contrato de intercambio de servicios prestacional para la prestación de servicios complementarios.
- Incremento de la Formación de Médicos Especialistas, de 1,371 vacantes en el 2010 a 3,335 vacantes en el 2014, lo cual significa un aumento del 243% de las plazas ofertadas.
- Ampliación de la Formación de Médicos Especialistas en Gobiernos Regionales, mediante el incremento de sedes de formación, en el 2008 se tenía 5 sedes de formación, en la actualidad se tiene 14 y se espera tener 16 sedes formación para el 2015, previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales, en el marco de los estándares exigidos por el Comité Nacional de Residentado Médico – CONAREME.

El MINSA ha incorporado 1,100 nuevas plazas en la modalidad libre, en los dos Procesos de Admisión al Residentado Médico 2014, de las cuales 311 plazas libres se ofertó para la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria; el 52% de las nuevas plazas han sido asignadas a los Gobiernos Regionales (Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Callao, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Piura, Puno, Tacna y Tumbes). Asimismo se incorporó 300 plazas nuevas en la modalidad cautiva, lo cual permitirá que los médicos nombrados de los Gobiernos Regionales al término de la formación de segunda especialización retornen como especialistas, contribuyendo a disminuir el déficit existente en el país.

3,335 vacantes para la formación de Médicos Especialistas se ofertaron en el Sistema Nacional de Residentado Médico SINAREME, en la modalidad libre y cautiva en el Proceso de Admisión al Residentado Médico 2014.

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA OFERTA DE PLAZAS A LOS PROCESOS DE ADMISION
RESIDENTADO MEDICO 2008 - 2014**



De otro lado, el Ministerio de Salud establece la estandarización para el cálculo de brechas de recursos humanos en salud asistenciales para el primer nivel de atención: se aprueba la “*Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud (RHUS) para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención*”, aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 176-2014/MINSA, la misma que tiene como finalidad promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales del primer nivel de atención en el marco de la universalización de la protección social en salud y la descentralización.



Asimismo, el Ministerio de Salud establece la estandarización para la estimación de brechas de recursos humanos en salud asistenciales para el segundo y tercer nivel de atención: se aprueba la “Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud (RHUS) para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 437-2014/MINSA, metodología que considera la demanda efectiva de prestaciones y la oferta de los servicios de salud, es de aplicación en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o la que haga sus veces en el ámbito regional, y podrá ser de uso referencial para las otras organizaciones del Sector Salud.



En el año 2014 se han aprobado diferentes dispositivos que han permitido la implementación de la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de Salud al Servicio del Estado, aprobada mediante Decreto Legislativo N° 1153 que tiene por finalidad que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano que promueva el desarrollo del personal de la salud. En el año 2014, para la implementación de las bonificaciones y entregas económicas priorizadas se ha transferido S/. 144' 519, 116 nuevos soles.

INFORME DE GESTION 2014

CONCEPTOS D. LEG. 1153	Ámbito de aplicación	Período	PEA 2014					COSTO
			MEDICO	PROF. NO MED.	TECNICO	AUXILIAR	TOTAL	
Zona Alejada o de Frontera: 8.3, literal a)	I y II nivel -seleccionados ZAF	* ENERO - JULIO	668	1,410	1,327	154	3,559	25,449,060
		Tranferencia DS247-2014 AGOSTO - DICIEMBRE	774	1,727	1,452	127	4,080	21,068,400
Zona de emergencia: 8.3, literal b)	I nivel de atención - VRAEM	Tranferencia DS247-2014 AGOSTO - DICIEMBRE	291	879	672	84	1,926	11,556,000
Atención Primaria de Salud: 8.3, literal c)	I nivel, del I-1 al I-4, personal de salud certificado en atención integral-salud familiar y comunitaria y realiza intervenciones en las familias y comunidad	Tranferencia DS102-2014 ENERO - DICIEMBRE	952	2,420	3,230	273	6,875	20,158,200
		Tranferencia DS247-2014 AGOSTO - DICIEMBRE	513	892	1,487	123	3,015	3,699,750
		Tranferencia DS 324-2014 NOVIEMBRE - DICIEMBRE					10,547	2,848,340
Atención en Servicios Críticos: 8.3, literal e)	II y III nivel-servicios críticos: Emergencia, UCI, Unidad quemados	Tranferencia DS247-2014 AGOSTO - DICIEMBRE	1,277	2,514	2,427	205	6,423	8,618,250
Atención Especializada: 8.3, literal d)	Hospitales e Institutos Nivel II al III, no estratégicos	Tranferencia DS102-2014 ENERO - DICIEMBRE	4,678	2,597			7,275	28,687,200
		Tranferencia DS247-2014 AGOSTO - DICIEMBRE	267	809			1,076	1,343,000
		Tranferencia DS 324-2014 NOVIEMBRE - DICIEMBRE					9,377	3,861,600
	Establecimientos de salud estratégicos, I nivel, del I-4 al II-2	Tranferencia DS102-2014 ENERO - DICIEMBRE	386	287			673	4,044,000
		Tranferencia DS247-2014 AGOSTO - DICIEMBRE	71	139			210	439,250
		Tranferencia DS 324-2014 NOVIEMBRE - DICIEMBRE					1,213	1,033,340
Puesto Especializado o dedicación exclusiva en Servicios de Salud Pública: 8.2, literal c)	ocupado por un profesional de la salud en el INS, DIGEMID o DIGESA	AGOSTO - DICIEMBRE				314	2,492,768	
Puesto de Responsabilidad Jefatural: 8.2, literal a)	Departamento o servicio en establecimientos de salud del II y III nivel de atención	DEPARTAMENTO	Tranferencia DS272-2014 SETIEMBRE - DICIEMBRE				549	1,859,573
	SERVICIO	Tranferencia DS272-2014 SETIEMBRE - DICIEMBRE				2,011	3,405,830	
Puesto de Responsabilidad Jefatural: 8.2, literal b)	I-3 a I-4 nivel APS, profesionales de la salud jefe de establecimiento	I-3	Tranferencia DS272-2014 SETIEMBRE - DICIEMBRE				720	1,219,392
		I-4	Tranferencia DS272-2014 SETIEMBRE - DICIEMBRE				228	386,141
	Profesionales de la salud jefes de Microrredes	Tranferencia DS272-2014 SETIEMBRE - DICIEMBRE				572	1,937,478	
	Profesionales de la salud jefes de Redes	Tranferencia DS272-2014 SETIEMBRE - DICIEMBRE				81	411,545	
TOTAL							60,724	144,519,116

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Colegio de Químicos Farmacéuticos formularon el Reglamento del Residentado Químico Farmacéutico el mismo que fue aprobado mediante Decreto Supremo 037-2014-SA, el cual es de aplicación en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para la formación de especialistas en Farmacia y Bioquímica, en el marco de la Ley N° 26842 Ley General de Salud y del Decreto Supremo N° 008-2006-SA, Reglamento de la Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico.

El Residentado Químico Farmacéutico se efectuará inicialmente a través de la modalidad de “vacantes cautivas” que corresponde a plazas para realizar estudios de Residentado Químico Farmacéutico en los establecimientos de salud calificados como sede docente, destinadas exclusivamente a los químicos farmacéuticos que se encuentren en calidad de nombrados. En esta condición actualmente se encuentran 537 profesionales químico farmacéuticos del MINSA y Gobiernos Regionales; 98 que se encuentran en EsSalud; 23 en la Policía Nacional del Perú y 73 en las Fuerzas Armadas.

Se elaboró la “Guía de Identificación, Estandarización y Elaboración de Instrumentos para la Evaluación de Competencias con el Enfoque Funcional”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 251-2014/MINSA, cuyo objetivo es el de establecer el proceso metodológico para la identificación de competencias y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional.



La DGGDRH, está desarrollando el Diplomado de Atención Integral de Medicina Familiar y Comunitaria – PROFAM, I Fase del Programa de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria FROFAM, con el objetivo de fortalecer las competencias del personal de salud del primer nivel de atención para la atención integral de la persona, la familia y la comunidad.

Inscritos Al D-PROFAM Autoformativo a Diciembre 2014	
GRUPOS D-PROFAM	Inscritos D-PROFAM
GRUPO I	9359
GRUPO II	357
GRUPO III	11729
GRUPO IV	3314
GRUPO V INSCRIPCION ABIERTA	7845
TOTAL	32604

FUENTE: BASE DE DATOS D-PROFAM A LA FECHA 29/12/14

MINSA inicia la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública

Se propuso documentos técnicos para la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública (Análisis institucional, diagnóstico financiero de capacitaciones y costeo per cápita, modelo organizacional, modelo educativo, educación virtual, reglamento académico para la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública, en el marco de la Resolución Ministerial N° 692-2014/MINSA).

Mejorar la Gobernanza

Se han establecido convenios de gestión para la mejora del desempeño de los servicios de salud, y de las intervenciones de salud pública entre el MINSA y los Gobiernos Regionales, en base a indicadores de mejora a nivel de DIRESA, Redes y hospitales. Es así que se han firmado 25 convenios de gestión con los respectivos Gobiernos Regionales y 33 acuerdos de gestión con hospitales y redes de salud del ámbito de Lima Metropolitana, las disposiciones puestas en los convenios de gestión están basadas en las prioridades de salud concertadas con los Gobiernos Regionales.

Concertación intergubernamental

Un objetivo fundamental del proceso de descentralización en el sector salud es fortalecer los espacios de concertación intergubernamental entre los tres niveles de gobierno, para mejorar la gobernanza del sistema de la salud pública. Desde esta perspectiva se ha continuado con el fortalecimiento de cuatro espacios de articulación intergubernamental:

- A nivel de las decisiones de política intergubernamental de salud entre la Alta Gerencia del MINSA y los Presidentes Regionales congregados en la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), se estableció una agenda de prioridades de política intergubernamental para el 2014, que tiene 4 líneas estratégicas: Ampliar la cobertura poblacional de protección en salud, Ampliar y mejorar los Servicios de Salud, Fortalecer la protección de los derechos de los usuarios, Mejorar la gobernanza del sector público de salud.
- A nivel de decisiones ejecutivas: La Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), instancia reconocida como el espacio de deliberación y adopción de decisiones ejecutivas entre las autoridades sanitarias nacionales y regionales respecto a las prioridades intergubernamentales de salud, ha realizado 04 reuniones Ordinarias y 02 Extraordinaria, en las cuales se han adoptado acuerdos que han posibilitado avances y logros y en la implementación de las prioridades de política intergubernamental en salud.

REUNIONES DE LA COMISIÓN INTERGUBERNAMENTAL DE SALUD		
PERIODO 2014		
Reuniones CIGS	Lugar y fecha	Propósito
VIII Reunión Extraordinaria de la CIGS	Lima, 19 de febrero del 2014	1. Presentar el balance 2013 y las perspectivas 2014 de la iniciativa Aprende saludable. 2. Recibir los aportes de los participantes en relación a cada componente de la iniciativa. 3. Establecer compromisos intergubernamentales para su implementación el 2014
XVI Reunión Ordinaria de la CIGS	Tacna, 13 y 14 de Marzo del 2014	1. Presentar la Agenda de prioridades de política intergubernamental de salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales 2014 consensuados entre el MINSA y la ANGR. 2. Revisar los avances en la implementación de las prioridades de política intergubernamental de salud y adoptar acuerdos para continuar su implementación
XVII Reunión Ordinaria de la CIGS	Cajamarca, 12 y 13 de junio del 2014	1. Revisar los avances en la implementación de las prioridades de política intergubernamental de salud y adoptar acuerdos para continuar su implementación.
XVIII Reunión Ordinaria de la CIGS	Lima, 18 y 19 de setiembre del 2014	1. Revisar los avances en la implementación de las prioridades de política intergubernamental de salud y adoptar acuerdos para continuar su implementación.
IX Reunión Extraordinaria de la CIGS	Lima, 7 y 8 de noviembre	1. Adoptar acuerdos para la implementación de las prioridades de política intergubernamental de salud pública.
XIX Reunión Ordinaria de la CIGS	Ica, 4 y 5 de diciembre	1. Presentar el balance de la implementación de las prioridades de política intergubernamental de salud 2012 - 2014. 2. Identificar los temas críticos para la nueva agenda.

Estadística e Informática

- **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. Al 02 de noviembre se cuenta con 539,128 niños registrados en 442 EESS que cuentan con el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo.

- **Se implementó el Sistema de Citas Médicas en Línea**, en 09 Establecimientos de Salud: Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud del Niño, Hospital María Auxiliadora, Hospital José Agurto Tello-Chosica, Hospital Hermilio valdizán, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital San José-Callao, Hospital Santa Rosa, y Hospital Vitarte.

RETOS AFRONTADOS Y AGENDA PENDIENTE

Retos Afrontados

- Fortalecer la rectoría en salud a nivel nacional y regional a través de acciones que contribuyan al fortalecimiento de la atención y cobertura de las necesidades de salud.
- Las situaciones de emergencia en las regiones obliga a las autoridades a reorientar las actividades programadas.
- Lograr incorporar en las agendas regionales, el financiamiento y apoyo técnico para la ejecución de las acciones y estrategias para disminuir la mortalidad materna y perinatal.
- Priorizar la asistencia técnica a fin de prevenir la mortalidad infantil por el friaje en las regiones de: Puno, Huánuco, Cusco, Junín, Ayacucho, Huancavelica, Piura, Ucayali, Cajamarca y Loreto.
- Lograr la certificación de áreas libres de rabia transmitida por el perro en el territorio nacional.
- Insuficiente número de personal y alta rotación de personal con experiencia en vigilancia y control de vectores.
- Priorizar la asistencia técnica a las regiones con mayor número de muertes maternas y perinatales o que han incrementado en relación al año 2013: Cusco, Huancavelica, La Libertad, Pasco, Piura, Cajamarca, Ucayali, y Junín.
- La constante rotación del personal en las DIRESAs hace que el proceso de programación y ejecución avance lentamente, puesto que los nuevos responsables pasan por un tiempo de aprendizaje y adaptación del trabajo.
- Procesos de tiempos prolongados para la adquisición de los bienes y servicios, que repercute en la oportunidad en la realización de las actividades programadas.
- A pesar de los avances logrados, la malnutrición del niño menor de cinco años es seria y diversa. La existencia de inequidades sociales agrava la magnitud de los problemas de malnutrición infantil y materna, generando la persistencia en especial de la anemia y desnutrición crónica.
- Desabastecimiento de algunos biológicos (vacunas) BCG, IPV, APO y SPR por problemas de producción por parte de los laboratorios productores y trámites de nacionalización en otros casos.
- Poca prioridad de los Gobiernos Regionales y Locales para la vacunación infantil, utilizando el presupuesto de PpR para otras actividades.
- Autonomía de los Gobiernos Regionales para establecer una organización de la DIRESA o GERESA sin considerar la organización rectora del MINSA que garantice la complementariedad de acciones como país.
- Insuficiente supervisión y control de calidad de las pruebas de diagnóstico de tuberculosis: baciloscopias, cultivos y pruebas de sensibilidad.
- Escaso número de especialistas en gineco-obstetricia en las regiones del país que fortalezcan el tema de emergencias obstétricas en los hospitales.
- Deficiente articulación de los Gobiernos Regionales con sus Gobiernos Locales especialmente en materia de Salud.

- No hay prioridad de los Gobiernos Regionales y Locales en la prevención y control de las Zoonosis Olvidadas-Desatendidas, como Fasciolosis y Equinococosis quística en las zonas de riesgo.
- Poco seguimiento a gestantes con VIH y RN (recién nacidos) expuestos a VIH en los establecimientos de salud.
- Escaso número de especialistas con experiencia en el manejo clínico de las enfermedades metaxénicas en las regiones endémicas.
- Se ha identificado un bajo involucramiento de los órganos responsables de las acciones que dispone la Hoja de Ruta para la Implantación de la Reforma Institucional del MINSA.
- Falta de involucramiento de las Autoridades Regionales y/o decisores en dar prioridad a temas relacionado a enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles.
- La coyuntura que atravesó el Sector Salud, por la Huelga Médica y de Profesionales de la Salud, originó la disminución de las actividades programadas, lo cual repercutió en la obtención de los logros sanitarios esperados.
- Alta rotación de Recursos Humanos en el ámbito regional y local sobre todo de personal asistencial que se ha capacitado, limitando la sostenibilidad de las intervenciones.
- Insuficiente fortalecimiento de competencias de los profesionales del primer nivel de atención de los establecimientos de salud en los diferentes problemas y trastornos de salud mental.
- Escaso tamizaje para VIH y sífilis de gestante durante su Atención Pre Natal.
- Falta de integración de los subsistemas de salud (Essalud, privados, penales, entre otros) para el registro e integración del sistema de información.

Agenda Pendiente

- Fortalecer el trabajo coordinado con los Gobiernos Regionales, Entidades Públicas y Privadas así como organizaciones, que permitan lograr los objetivos de la estrategia regional de inmunizaciones.
- Lograr incorporar en las agendas regionales el financiamiento y apoyo técnico para la ejecución de las acciones y estrategias para disminuir la muerte materna y perinatal.
- Acelerar el desarrollo de los proyectos de implementación de radioterapia en las Regiones de Piura, Lambayeque, Trujillo, Junín, Loreto, Cusco, Arequipa, y hospitales nacionales de Lima.
- Implementar medidas destinadas a evitar la alta rotación de personal responsable de la Estrategias en los niveles regionales y locales para garantizar el desarrollo de las actividades y cumplimiento de las metas programadas.
- Lograr el involucramiento de todos los actores en la tarea para lograr que el País sea declarado libre de Rabia transmitida por el perro.
- Involucrar a los Gobiernos Regionales y Locales en la prevención y control de las Zoonosis Olvidadas-Desatendidas, como Fasciolosis y Equinococosis quística

en las zonas de riesgo y garantizar la implementación de los planes integrales de control de las zoonosis parasitarias.

- Fortalecer los compromisos de los Gobiernos Regionales y Locales en la priorización de las acciones y estrategias en el desarrollo de actividades preventivo promocionales que contribuya a reducir las enfermedades prevalentes de la población; a través de la abogacía en los decisores de los Gobiernos Regionales y Locales.
- Generar la adopción de hábitos protectores de la salud a través de intensas campañas de difusión adaptadas a las comunidades en riesgo.
- Implementación del Modelo Comunitario de Salud Mental y de la Ley N° 29889, Ley que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Compromiso de las autoridades locales y regionales en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal.
- Promover la adopción de prácticas saludables, mejoramiento de la vivienda y su entorno para la prevención y control de vectores y roedores.
- Actualizar los aplicativos del Sistema Estadístico, tales como HIS, Egresos Hospitalarios y Emergencias; incorporando los estándares de datos en salud.
- Implementación del “Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 Vuelve a Sonreír” y que el financiamiento este a cargo de todas las regiones del país.
- Aprobación del Plan Multisectorial de Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA 2014 – 2018.
- Fortalecer el trabajo de los coordinadores regionales de ITS, VIH/SIDA, así como a sus pares de las redes de salud y los establecimientos de salud.
- Conducción y articulación con ESSALUD, INPE y Fuerzas Armadas, brindando asistencia técnica y fortaleciendo tres aspectos: Suministro de Medicamentos, Comité de Control de infecciones, Convenio para fortalecer las acciones de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- Aprobación e implementación del Plan de Emergencia para la prevención y control de la tuberculosis en Lima y Callao, 2015 - 2017 (Quinta disposición de la Ley N° 30287).
- Continuar expansión del acceso de las pruebas de sensibilidad rápida a nivel nacional: Tacna, Lambayeque, Junín, Huánuco, Loreto para lograr la cobertura del 100% de pacientes con TB.
- Implementación de nuevos medicamentos para manejo de TB-MDR/XDR: bedaquilina, clofazimina, delamanid, pretomanid y acortamiento del tratamiento.
- Habilidad del centro quirúrgico del hospital Hipólito Unanue para operar a las personas con TB MDR/XDR.
- Implementar la Reforma del Sector Salud, orientado a mejorar el bienestar y el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado debe garantizar la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.
- Fortalecer el Sistema de Información para contar con una información oportuna.

- Se requiere de la construcción de sistemas de monitoreo y evaluación, que permitan conocer de manera oportuna los servicios que el MINSA efectivamente entrega, información que es actualmente fragmentada, dispersa y en muchos casos accesible solo mediante la información anual proporcionada por la encuesta ENDES.