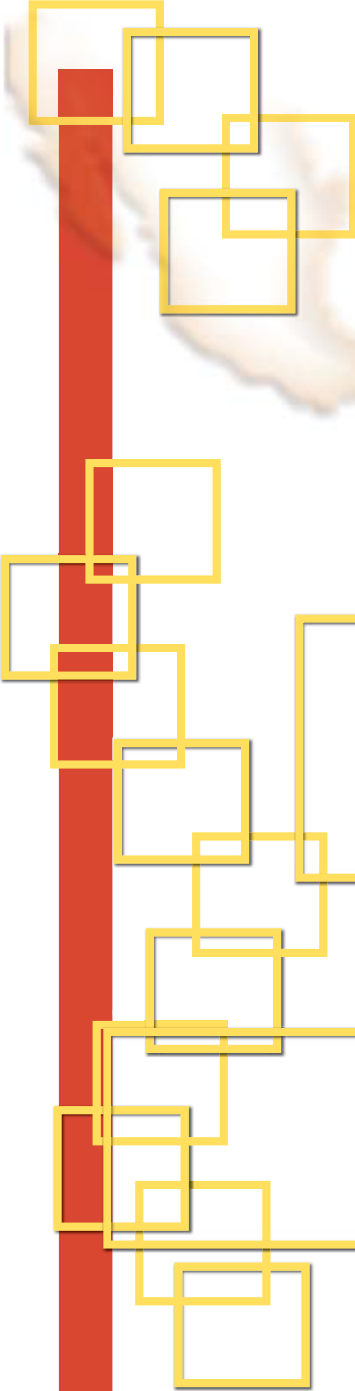




EXTENSIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS

Análisis de la Articulación de los Programas
Nacionales al Interior del Sistema de Salud en
PERU

Organización Panamericana de la Salud.

Extensión de los sistemas de salud basados en APS: análisis de la articulación de los programas nacionales al interior del sistema de salud en Perú.

ISBN 978 92 7 5 3 2 8 6 2 0

Washington, DC: OPS, @2007

I.Título

1.SISTEMAS DE SALUD

2.PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

3.PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD

4.PERÚ

WA 540 DP6

**Washington DC,
Septiembre 2007**

Esta publicación fue elaborada por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS/HP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La publicación de este documento fue posible gracias al apoyo recibido de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Buró para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según los términos del convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las ideas expresadas en esta publicación son las del autor (es) y no necesariamente reflejan la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Extensión de los Sistemas de Salud basados en APS

Análisis de la Articulación de los Programas Nacionales al Interior del
Sistema de Salud en Perú

SEPTIEMBRE 2007

Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS)
Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP)
Oficina de la Subdirectora
OPS/OMS

INDICE

1. Introducción.....	3
2. Metodología.....	3
3. Criterios de selección.....	4
4. Breve descripción de los programas examinados.....	6
5. Principales Hallazgos / Resultados.....	13
6. Conclusiones.....	28
7. Anexos.....	31
Anexo 1	Listado de entrevistados, cronograma de entrevistas
Anexo 2	Glosario
Anexo 3	Resolución Ministerial 771-2004/MINSA

1. INTRODUCCION

El siguiente estudio sobre “Análisis de la articulación de los programas al interior de los sistemas sanitarios de los países de América latina y el Caribe y su rol en el fortalecimiento de los mismos” se realizó con el objetivo de analizar la forma en que los Programas Nacionales (PN) se articulan en los Sistemas Sanitarios (SS) en los países de la región, así como la influencia que los mismos tienen sobre el fortalecimiento (o debilitamiento) de los mismos.

2. METODOLOGÍA

2.1 Encuesta para Jefes de Programas Nacionales¹

La principal actividad del estudio fue la aplicación de la encuesta para Jefes de Programas Nacionales que cuenta con un cuestionario estructurado de 40 preguntas de selección, en su mayoría dicotómicas (elección de SI o NO), con posibilidad de incluir observaciones de ser necesario. Además, contiene una encuesta de percepciones de los encuestados sobre 30 ejemplos de acciones relacionadas con los programas nacionales y la influencia que ejercen sobre el fortalecimiento o el debilitamiento del sistema sanitario.

2.2 Cuestionario estructurado²

Para dar mayor objetividad a la información cualitativa que debe revelarse a través de esta encuesta y acorde con el objetivo del estudio, se diseñó un sistema de puntuación, de tal manera que a cada posible respuesta de las preguntas del cuestionario le correspondiera un puntaje para verticalidad y horizontalidad (dependiendo de la respuesta brindada).

El valor asignado a cada variable fue definido acorde a la relevancia asignada a cada pregunta como parte de un todo, es decir las preguntas más importantes y de mayor relevancia brindan mayor puntaje y viceversa.

El puntaje máximo que cada componente puede obtener es de 10 puntos, por lo tanto el puntaje máximo del cuestionario es de 60 puntos. Este puntaje se distribuye entre las dos opciones: *horizontalidad* y *verticalidad*.

Por lo tanto al final de la sumatoria cada cuestionario cuenta con un valor X para horizontalidad (enfoque de articulación horizontal del programa nacional en el sistema sanitario) y un valor Y para la verticalidad (enfoque de articulación vertical del programa nacional en el sistema sanitario) entre ambos la sumatoria no puede ser mayor a 60. Además esta valoración puede ser desagregada por cada uno de los 6 componentes.

Para la clasificación y definición del enfoque por el cual el programa nacional se articula dentro del sistema sanitario se aplicará una escala ordinal, de la siguiente manera:

¹ Este texto está basado directamente en los TdR del estudio

² Este texto se tomó directamente en los TdR del estudio

- Cuando el puntaje obtenido para verticalidad u horizontalidad sea igual o mayor al 80% (48 puntos) del puntaje máximo total, se definiría como programa nacional de articulación netamente vertical u horizontal.
- Cuando ninguno de los dos enfoques logre el 80 % del puntaje máximo se definirá como programa nacional de articulación mixta con predominancia del enfoque que haya obtenido mayor puntaje (vertical u horizontal) existiendo tres niveles de puntaje:
 - a. Débilmente predominante: cuando el puntaje mayor se encuentra entre 51 y 59% del total posible.
 - b. Moderadamente predominante: cuando el puntaje mayor se encuentra entre 60 y 69 % del total posible.
 - c. Fuertemente predominante: cuando el puntaje mayor se encuentra entre el 70 y 79 % del total posible.

2.3 Clasificación:

Horizontal: 80 a 100 % del valor total para horizontalidad (entre 48 y 60 pts.)
 Vertical: 80 a 100% del valor total para verticalidad (entre 48 y 60 pts.)
 Mixto: de 20 a 79 % en cualquiera de los enfoques (entre 12 y 47 pts.)

El enfoque con mayor puntaje es el predominante de la siguiente manera:

51 a 59% débilmente predominante (entre 31 y 35 pts.)
 60 a 69% moderadamente predominante (entre 36 y 41 pts.)
 70 a 79 % fuertemente predominante (entre 42 y 47 pts.)

2.4 Encuesta de percepciones³

El análisis de percepciones se realizará de forma directa obteniéndose el porcentaje de encuestados que creen que las opciones del programa nacional:

- Fortalecen totalmente al SS.
- Fortalecen parcialmente al SS.
- No fortalecen ni debilitan al SS.
- Debilitan parcialmente al SS.
- Debilitan totalmente al SS.

3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los Programas Nacionales de salud en el Perú se desarrollaron con diversos procesos de crecimiento y expansión según el tema en el que estaban centrados y las prioridades identificadas por las distintas gestiones del sector incluso dentro de un mismo período de gobierno.

A partir del año 2004, los Programas Nacionales son denominados Estrategias Sanitarias Nacionales, las cuales fueron creadas durante la gestión de la Ministra Pilar Mazzetti⁴.

³ Este texto fue tomado de los TdR del estudio

⁴ La Dra. Pilar Mazzetti Soler fue Ministra de Salud del Perú entre los años 2004 y 2006.

El 27 de julio del 2004, por Resolución Ministerial 771-2004/MINSA (Anexo 1) se establecieron las diez Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, las cuales se enmarcan en el modelo de atención integral de salud y comprenden las acciones de promoción, prevención y atención de la salud así como el acceso de información, orientadas a evitar el impacto negativo de las enfermedades en el desarrollo de las personas y la sociedad.

Las Estrategias Sanitarias Nacionales son: la ESN de Inmunizaciones, la ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores, la ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA, la ESN de Prevención y Control de Tuberculosis, la ESN de Salud Sexual y Reproductiva, la ESN de Enfermedades No Transmisibles, la ESN de Salud Mental y Cultura de Paz, la ESN de Alimentación y Nutrición Saludable, la ESN de Accidentes de Tránsito, la ESN de Pueblos Indígenas, y recientemente se aprobó la ESN de Salud Bucal.

El Ministerio de Salud con el fin de garantizar el diseño, implementación y aplicación exitosa de las Estrategias Sanitarias Nacionales, dispuso que éstas se encuentren a cargo de Coordinadores Nacionales, los cuales fueron nominados por resolución ministerial⁵.

De esta forma, se estableció que los Coordinadores Nacionales tienen la responsabilidad de diseñar, planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar la implementación y ejecución de las Estrategias Sanitarias Nacionales, así como su articulación intra e intersectorial. Y, cabe resaltar que se dispuso que la gestión y ejecución de cada una de las Estrategias Sanitarias Nacionales este a cargo de un Comité Técnico Permanente⁶ y un Comité Consultivo⁷, y de esta manera se exprese la voluntad política de participación que se le quiso adherir a las Estrategias Sanitarias Nacionales. Sin embargo, es importante señalar que no todas están funcionando con un óptimo nivel de participación orgánica.

Las Estrategias Sanitarias Nacionales operan de acuerdo a un plan de trabajo aprobado. Particularmente los planes de las Estrategias Sanitarias de Inmunizaciones; Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores; Prevención y control de infecciones de transmisión de sexual y VIH – Sida; Prevención y control de la tuberculosis; y Prevención y control de daños no transmisibles han sido aprobados y oficializados mediante la Resolución Ministerial N° 721-2005⁸, en la que se señala que los planes deberán sujetarse en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud.

El MINSA como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, dispuso la implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y

5 Estas disposiciones fueron aprobadas por las resoluciones ministeriales N° 771-2004/MINSA, N° 772-2004/MINSA y la N° 773-2004/MINSA, publicadas el 2 de agosto del 2004, en el diario oficial El Peruano.

⁶ El Comité Técnico Permanente según la resolución ministerial que le dio origen esta conformado por el Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional; un representante de la Oficina General de Promoción de la Salud, de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas; de la Oficina General de Comunicaciones; Oficina General de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud y de la Dirección General de Salud Ambiental, sólo para las Estrategias Sanitarias de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores, Salud de los Pueblos Indígenas, Alimentación y Nutrición Saludable.

⁷ El Comité Consultivo según la resolución ministerial que le dio origen estará integrado por instituciones académicas, agencias de Cooperación Internacional, Organización No Gubernamentales y organizaciones de personas afectadas en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional.

⁸ Publicada el 28 de Septiembre del 2005 en el diario oficial El Peruano.

daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”⁹.

De acuerdo a lo precisado en el documento marco del Modelo de Atención Integral en Salud, según el cual se busca abordar las necesidades de la persona, familia y comunidad de una manera integral, las Estrategias Sanitarias Nacionales/ ESN deben permitir el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños/riesgos priorizados y el logro de objetivos sobre las Prioridades Sanitarias en promoción en salud, en función de las políticas nacionales y los compromisos nacionales adquiridos

Podemos diferenciar tres clases de ESN según su nivel de importancia y volumen de recursos disponibles en el sistema sanitario peruano:

- Las de mayor peso que incluye ESN de Inmunizaciones, ESN de Enfermedades Metaxénicas, ESN de VIH-SIDA y ESN de TB.
- Las de carácter intermedio en las que están la ESN de Salud Sexual y Reproductiva, la ESN de Enfermedades No Transmisibles, la ESN de Salud Mental y Cultura de Paz, la ESN de Alimentación y Nutrición Saludable.
- Las más recientes y por lo tanto menos desarrolladas que son la ESN de Accidentes de Tránsito, la ESN de Pueblos Indígenas, y la ESN de Salud Bucal aprobada en el 2007

Para la realización de este estudio se tuvo que seleccionar del total de ESN aquellas que integran los dos primeros grupos dadas las características que las hacen más comparables con los programas analizados en los otros países.

En relación con el tercer grupo se he seleccionado solamente la ESN de Salud Bucal por diversas razones: En primer lugar porque ha existido un Programa Nacional de Salud Bucal (1986´-1990), que mantuvo una intensa actividad descentralizada durante cuatro años, luego si bien se desarticuló el Programa se llegó a formular el “Plan Nacional de Salud Bucal” en el año 2005 y actualmente es parte de las prioridades nacionales de salud pública¹⁰.definidas por el MINSA y por tanto se estableció recientemente la ESN.

4. BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS EXAMINADOS

A continuación presentaremos un breve resumen de todas las ESN motivo de este estudio.

4.1 Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

El Programa Nacional de Inmunizaciones existió en el Perú desde 1972 hasta el año 2001, año en que la actividad se incorporó al programa de atención integral de salud del niño, para más tarde convertirse en Estrategia Sanitaria Nacional, con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y administrativa que la ciudadanía y el gobierno peruano reconocen en las inmunizaciones.

⁹ En <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>, consultado el 9 de septiembre del 2007.

¹⁰ Plan Nacional Concertado de Salud, MINSA, Agosto 2007

Para el gobierno peruano, la inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. La viruela, el sarampión y la poliomielitis son enfermedades que han sido erradicadas en el país, tal y como se reporta en los documentos oficiales del MINSA.

En la Estrategia de Inmunizaciones se ha propuesto desarrollar un programa sostenible de inmunizaciones basado en un solo esquema de vacunación con enfoque de género e interculturalidad.

El compromiso de recursos económicos públicos con las inmunizaciones o vacunaciones ha sido reportado por el MINSA sobre una base de la ética y derechos humanos. La inversión se distribuye con un 70% del presupuesto proveniente del Tesoro Público, 5% de recursos externos reembolsables, 10% de recursos externos no reembolsables y 15% proviene de otras fuentes que incluyen al sector privado.

4.2 Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades metaxénicas en el Perú en las últimas décadas, constituyen uno de los principales problemas de salud, que afectan a las poblaciones mas pobres y de menos acceso; estas enfermedades han sido catalogadas como reemergentes en el país, afectando grandes proporciones de población, con gran impacto sobre la salud publica nacional. El incremento en la transmisión e incremento de los factores de riesgo, ha hecho prioritario su abordaje en el MINSA. La malaria, dengue, bartonelosis, leishmaniosis y tripanosomiasis son los cinco problemas de salud abordados desde la ESN de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, según la información difundida por el sector salud.

Estos problemas de salud pública son condicionados por múltiples factores, el desencadenamiento de estas enfermedades esta relacionado con los desequilibrios entre las variables climatológicas, pluviosidad, movimiento migracional, temperatura, siembra y cultivos, razón por la que la responsabilidad de controlar y/o mantener estas variables en equilibrio involucra a diversos actores, en los que se resalta al estado peruano y todas sus instancias directamente relacionadas con la supervivencia de la población (agricultura, comercio, trabajo, industria y turismo)¹¹.

En los últimos 10 años, el MINSA ha reportado entre 200,000 a 150,000 casos de las enfermedades metaxénicas, siendo la malaria, dengue y bartonelosis las que exponen a mayor proporción y afectación de la población; en los últimos cinco años, la bartonelosis se ha constituido en uno de los principales problemas a abordar desde los servicios por la elevada mortalidad y letalidad que ha venido mostrando. De la misma forma se estima que alrededor de 20.000.000 de peruanos residen en áreas de riesgo de estas enfermedades, en diferentes estratos y nicho eco-epidemiológicos¹².

En particular, la malaria y otras enfermedades metaxénicas constituyen un serio problema en las comunidades indígenas, sin embargo no se tiene información exacta sobre su incidencia y dispersión entre las mismas.

La respuesta del Ministerio de Salud (MINSA) a esta alarmante reemergencia de las metaxénicas, ha tenido éxito en reducir los niveles de transmisión en las áreas más

¹¹ Tomado de <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales>

¹² <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/02ESN-Metaxenicas/metaxenicas.asp>

afectadas; la capacidad organizativa de los servicios y la articulación con el trabajo de colaboradores voluntarios ha permitido controlar de manera eficiente reservorios humanos en tiempos adecuados. Múltiples esfuerzos desarrollados desde el sector con estrategias adecuadas a las poblaciones menos accesibles han permitido disminuir complicaciones y mortalidad.

El Plan¹³ de esta estrategia busca la reducción de transmisión de malaria a menos de 200 por 100,00 habitantes, así como disminuir en 15% las formas mucosas de la leishmaniasis, en 30% las formas graves de bartonela, entre otras. Dentro del plan se enfatiza la planificación oportuna y adecuada de medicamentos, según esquemas y líneas terapéuticas, asegurando su uso adecuado, así como regular el abastecimiento a las regiones.

La inversión se distribuye con un 90% del presupuesto proveniente del Tesoro Público, 10% de recursos externos no reembolsables, reembolsables y otros.

4.3 Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA

El primer caso de SIDA en el país se diagnosticó en 1983, tres años después, el MINSA asumió el reto de enfrentarla conformando diversas instancias y líneas programáticas interinstitucionales. Desde el año 2001, algunos países y diversas fundaciones financieras internacionales forjaron el llamado Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a fortalecer las respuestas nacionales hacia tales epidemias.

El Perú ha obtenido la aceptación de la propuesta denominada “Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” por un monto total de 50 millones de dólares, de los cuales 23 millones corresponden al componente VIH/SIDA. Más tarde, en el 2004 se estableció la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA, la cual ha continuado las líneas de trabajo ya iniciadas¹⁴.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía.

Siendo la principal población objetivo, las personas viviendo con VIH/SIDA, los grupos con elevada prevalencia y alto riesgo de adquirir y transmitir ITS y VIH y /o contactos sexuales, el recién nacido de madres con ITS/VIH, y la población general.

Las principales actividades sanitarias a realizar desde esta estrategia están enfocadas a evitar la transmisión vertical, suministrando el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), así como acciones relacionadas a la prevención y la promoción de la salud sexual y reproductiva evitando conductas de riesgo. También se ha enfatizado la entrega de información, el uso del condón, control de las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y el trabajo con población vulnerable, entre otros.

De esta forma se busca disminuir la transmisión sexual de las ITS y la reducción de la transmisión sanguínea de estas enfermedades, así como la transmisión vertical de las

¹³ [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM721-2005Iparte.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM721-2005Iparte.pdf)

¹⁴ <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/vih-sida.asp>

ITS y el VIH. También, a través del TARGA, se espera disminuir el impacto a nivel individual, social y económico de vivir con el VIH/Sida.

La inversión durante el 2006 ha sido de S/.10.000.000 y esto ha representado un aumento del 250 % respecto al 2005.

4.4. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis

En el año 1991 el MINSA desde el Programa Nacional de Control de Tuberculosis decidió implementar la estrategia DOTS¹⁵ recomendada por la OMS. Desde el 2004 ahora con el nombre de ESN de Prevención y Control de Tuberculosis, se está implementando la misma en todos los servicios de la red sanitaria del MINSA, lo cual ha contribuido a disminuir la tasa de incidencia de Tuberculosis en todas sus formas.

En 1990 sólo 25% de los servicios de salud del MINSA desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis; en el año 2004¹⁶ el 100% de los mismos garantizaron acceso al diagnóstico y tratamiento antituberculoso gratuito.

Del total de casos diagnosticado en el año 2005, el 58.7% corresponde a las Direcciones de Salud de Lima y Callao, y las Direcciones de Salud de La Libertad, Loreto, Arequipa, Ica y Junín, que son las que reportan el mayor número de casos. Por las cifras notificadas debemos considerar que la Tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, por lo que debemos mantener un esfuerzo sostenido en el mediano y largo plazo para lograr que la Tuberculosis deje de ser un problema sanitario en nuestro país¹⁷.

El Perú, no ha podido detener el ingreso de una nueva amenaza, surgida en el mundo, como es la Tuberculosis Multidrogoresistente. A partir de octubre de 1997, se viene aplicando un Esquema de Retratamiento Estandarizado para pacientes con Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB-MDR) de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para países de mediano y escasos recursos. Analizado el periodo 1997-1999 se ha obtenido un porcentaje de curación menor del 50% en la aplicación de este retratamiento.

El Perú, siguiendo las recomendaciones de la OMS ha incorporado la estrategia DOTS PLUS, para el manejo de pacientes con TB MDR, utilizando fármacos de segunda línea en el marco del DOTS, en países de bajos y medianos ingresos, con la condición

¹⁵ DOTS (Directly Observed Treatment Short Course, nombre en inglés de la terapia directamente observada de corta duración), tratamiento empleado para el control de la Tuberculosis, el cual es evaluado por la OMS como altamente costo efectiva y que considera entre sus principales componentes: (a) el compromiso político del gobierno para garantizar los recursos necesarios para el control de la Tuberculosis, a través del suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio en todos los servicios de salud, (b) la organización en la detección, diagnóstico y tratamiento de casos, (c) el diagnóstico mediante el examen de esputo en los sintomáticos respiratorios (personas con tos y expectoración por más de 15 días) que acuden a los servicios de salud, (d) el tratamiento acortado con observación directa de la toma de medicamentos por el personal de los establecimientos de salud, (e) el sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación, y (f) la capacitación, supervisión y evaluación, consultado en <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/esn-vihlinacc.asp>

¹⁶ Entre los años 1993 a 2001 la cobertura de detección de casos se incrementó cerca de diez veces, aunque debe señalarse que entre el 2002 y 2003 se evidenció una disminución del 6% anual en la captación de sintomáticos respiratorios, debido al desabastecimiento de insumos de laboratorio para el diagnóstico de la TB, situación que fue subsanada en el segundo semestre del 2004. Durante el año 2005, se han diagnosticado y tratado gratuitamente a 35,541 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de morbilidad es de 129.02 x 100,000 hab. lo que significa una disminución del 50.4% en relación con el año 1992 (año de máxima tasa). De ellos 18,490 personas enfermas corresponden a casos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, lo que determina una tasa de incidencia de 67.12 x 100,000 hab., mostrando una disminución del 58.3% en relación a 1993.

¹⁷ <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/vih-sida.asp>

que la Estrategia DOTS esté implementada. Para estos casos existe un nuevo esquema terapéutico ha entrado en vigencia desde el 03 de marzo del 2005 con la Resolución Ministerial N° 162-2005/MINSA.

La asociación VIH/SIDA-TB notificada en el año 2005 representa el 1.9 % de la morbilidad general por tuberculosis. La letalidad es alta en los pacientes coinfectados probablemente debido a complicaciones asociadas con el SIDA o un diagnóstico tardío de tuberculosis. En suma se vienen desarrollando en el país, grandes esfuerzos para controlar la tuberculosis. Sin embargo, es imprescindible mejorar y reforzar los lineamientos existentes, incorporando criterios más amplios en lo concerniente a la salud.

Es necesario hacer frente a los retos que suponen, la resistencia a fármacos, la confección VIH-TB, los fallecimientos por tuberculosis y las áreas de alto riesgo epidemiológico de transmisión.

La inversión se distribuye con un 70% del presupuesto proveniente del Tesoro Público, 30% de recursos externos reembolsables (Fondo Global).

4.5 Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

En el marco de las reformas sanitarias en el Perú y luego de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994 se reenfocó el concepto de salud sexual y reproductiva, como derecho de las personas. De esta forma, los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la CIPD, incluido Perú, se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas en dicho Programa.

La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida¹⁸.

La salud sexual y la salud reproductiva están íntimamente ligadas y son interdependientes¹⁹. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

La estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva en el marco del modelo de atención integral abarca todo el ciclo de vida de las personas²⁰. La salud sexual y reproductiva de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las

¹⁸ <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/05ESN-SaludSexual/ss-sr.asp>

¹⁹ La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social.

²⁰ Para el sistema sanitario peruano, el ciclo de vida es planteado desde la vida intrauterina, la infancia, la adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor.

necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida.

4.6 Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz

Las acciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz han sido propuestas en base a los Lineamientos para la Acción en Salud Mental²¹ -que tiene como objetivo brindar orientación para constituir las bases de planificación de las acciones de salud mental en el país- y siguiendo las pautas establecidas en el documento del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) para lograr objetivos funcionales como son la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población; el entorno saludable para toda la población; la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas, en condiciones de equidad y plena accesibilidad.

Esta estrategia ha sido planteada como una prioridad para el país, en tanto se dirige a atender tareas pendientes referidas a la salud mental de la población peruana, las cuales se encontraban postergadas y desatendidas. Esto último fue resaltado en el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación²² que puso en evidencia las causas y consecuencias del conflicto armado interno que vivió el país entre los años 1980 y 2000, el cual dejó grandes secuelas en la población, que han significado un deterioro en la salud mental de las personas, perturbando los procesos de desarrollo humano.

En ese sentido, el MINSA reconociendo la importancia de la reparación de estas secuelas se planteó atender los principales problemas de salud mental, priorizando algunas áreas de trabajo como el Plan de Reparaciones en Salud Mental²³ para lo cual ha contado con apoyo técnico y financiero de cooperación internacional

Las principales acciones que se han realizado en los últimos años tienen que ver con la elaboración de planes y documentos normativos nacionales²⁴, el desarrollo de procesos de capacitación al personal de salud, implementación de experiencias piloto de salud mental comunitaria en zonas afectadas por el conflicto armado interno, entre otros. Sin embargo, aún quedan pendientes varias etapas en el trabajo de conservar, atender y mejorar la salud mental de la población peruana.

4.7 Estrategia Sanitaria Nacional de Enfermedades No transmisibles

El MINSA en su Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles articula esfuerzos para el manejo racional e innovador de los daños no transmisibles en la construcción de un país saludable. Para lo cual se ha planteado diseñar y desplegar directrices como sector y usar herramientas fundamentales como la educación y la participación ciudadana.

De este modo, busca reducir la morbilidad y mortalidad especialmente causadas por la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer y ceguera, promoviendo para ello

²¹ Política Nacional de Salud Mental aprobada por RM N° 075-2004/MINSA del 29 enero del 2004.

²² www.cverdad.org.pe

²³ <http://www.minsa.gob.pe/porta/03Estrategias-Nacionales/10ESN-SaludMental/Archivos/Informe%202004.pdf>

²⁴ Como por ejemplo, el Plan Nacional de Salud Mental 2005-2010 que fue aprobado por RM N° 012-2006/MINSA, publicado en el Diario Oficial El Peruano, el 11 de enero del 2006.

la participación intersectorial y de la sociedad civil a fin de generar estrategias de prevención y control de estos males²⁵.

Como metas esta estrategia se ha trazado que las regiones identifiquen y realicen la atención integral de daños no transmisibles y que cuenten con el personal para atender este problema. También se han planteado elaborar documentos para la prevención de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer y ceguera, entre otras acciones.

La inversión se distribuye con un 70% del presupuesto proveniente del Tesoro Público, 5% de recursos externos reembolsables, 10% de recursos externos no reembolsables y 15% proviene de otras fuentes que incluyen al sector privado. Se presenta una tendencia al incremento debido a la inserción de esta estrategia en el Plan Nacional Concertado de Salud.

4.8 Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable

La Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable es una de las 10 estrategias del Ministerio de Salud que integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción de reducir la desnutrición crónica infantil, la desnutrición materna, así como la obesidad, la morbilidad y mortalidad materna e infantil y a la reducción de las deficiencias nutricionales, debiendo coordinar, supervisar y monitorear las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición que ejecutan los establecimientos de salud y generar las sinergias necesarias para conseguir los resultados esperados.

Su objetivo general es mejorar el estado nutricional de la población peruana a través de acciones integradas de salud y nutrición, priorizando los grupos vulnerables y en pobreza extrema y exclusión.

Los objetivos específicos que se ha planteado son:

- (a) Promover el desarrollo de comportamientos saludables de alimentación y nutrición en la atención integral de la salud, con la participación de instituciones públicas, privadas, organizaciones de base y comunidad en general,
- (b) Desarrollar la normatividad en alimentación y nutrición de acuerdo al modelo de atención integral de salud para proteger el estado nutricional de la población,
- (c) Fortalecer las competencias en alimentación y nutrición del potencial humano del sector salud, educación, gobiernos locales y agentes comunitarios de salud, según el modelo de atención integral de salud,
- (d) Contribuir con el fortalecimiento de la gestión de los Programas de Complementación Alimentaria dirigidos a los grupos vulnerables en riesgo nutricional de las poblaciones de extrema pobreza,
- (e) Monitorear y evaluar las intervenciones desarrolladas en alimentación y nutrición en el contexto del modelo atención integral de salud,

²⁵ <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/06ESN-NoTransmisibles/no-transmisibles.asp>

(f) Proponer y desarrollar investigaciones en alimentación y nutrición según etapas de vida, a nivel local, regional y nacional, en función de las prioridades nutricionales y,

(g) Generar y fortalecer los espacios de concertación y de articulación intra, inter y multi-institucional para la atención de los problemas nutricionales prioritarios²⁶.

4.9 Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud fue recientemente aprobada por RM N° 649-2007/MINSA, con fecha 8 de agosto del 2007, nombrándose a su Coordinador Nacional, y señalándole las funciones de diseñar, planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar la implementación y ejecución de la Estrategia Nacional, así como su articulación intra e intersectorial.

Esta estrategia como la mayoría de las estrategias ya referidas está bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud de las Personas, y su gestión esta cargo de un Comité Técnico Permanente y un Comité Consultivo²⁷.

5. PRINCIPALES HALLAZGOS / RESULTADOS

La presentación de los principales hallazgos está dividida según los instrumentos aplicados que componen la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales.

A continuación se describen los resultados de la aplicación de los **Cuestionarios** por cada ESN.

La descripción de los resultados de los cuestionarios se presenta en dos partes: por un lado la caracterización del grado de horizontalidad o verticalidad de cada ESN y por el otro la información más resaltante extraída de la lectura de los mismos.

5.1 La ESN de Inmunizaciones obtuvo un puntaje de 50 para horizontalidad y 7 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 88% y 12% respectivamente, que la configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque netamente horizontal*.

Fue creada con Resolución Ministerial 771-2004/MINSA en el mes de julio de 2004. Depende funcionalmente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Cuenta con un “Plan de Inmunizaciones” aprobado en el 2005, el cual está enmarcado en los lineamientos de políticas de salud del MINSA, así como en las prioridades sanitarias nacionales y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La ESN de Inmunizaciones coordina con ESSALUD, el MINEDU, el MIMDES, el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Trabajo y con todos los Gobiernos Regionales. Asimismo se relaciona estrechamente con otras ESN tales como la de Salud Sexual y

²⁶ <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/09ESN-NuticionSaludable/nut-saludable.asp>

²⁷ <http://www.minsa.gob.pe/portal/03esn/11sbucal/default.asp>

Reproductiva, la de VIH-SIDA, y la de TB. Además mantiene una periódica coordinación con CRECER.

El financiamiento de la ESN de Inmunizaciones tiene diversas fuentes, con predominancia (70%) proviene del Tesoro Público. Los recursos adicionales presentan los siguientes porcentajes: 10% de donaciones, 5% de recursos externos reembolsables o préstamos; y el 15% restante de otras fuentes incluido el sector privado.

En la actualidad es resaltable que los Gobiernos Regionales y Locales se encuentran otorgando diversos recursos (humanos, económicos, materiales, etc.) a las instancias correspondientes de la ESN.

Para el desarrollo de sus acciones la ESN de Inmunizaciones solo mantiene personal de dedicación exclusiva en el nivel nacional. Se cuenta con personal contratado por recursos externos.

Las acciones de la estrategia se realizan en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Las actividades de la ESN de Inmunizaciones forman parte del paquete básico de servicios (Atención Integral por Etapas de Vida), e incluyen acciones de prevención y promoción.

La ESN de Inmunizaciones no cuenta con un sistema propio de registro e información, utiliza la información generada por la Oficina General de Estadística e Informática y la Dirección General de Epidemiología, a partir de los que elabora reportes mensuales a nivel regional y reportes trimestrales a nivel nacional.

ESN Salud sexual y Reproductiva Porcentajes por componente

Cuadro 1

Componente	ESN de Inmunizaciones	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	6	2
	75%	25%
Financiamiento	9	1
	90%	10%
RRHH	6	4
	60%	40%
Entrega Servicios	7	0
	100%	0%
Información	10	0
	100%	0%
TOTAL	50	7
	88%	12%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las
Respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

5.2 La ESN de Prevención y control de Enfermedades Metaxénicas y otras Enfermedades transmitidas por vectores obtuvo un puntaje de 51 para horizontalidad y 8 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 86% y 14% respectivamente que la configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque netamente horizontal*.

Fue creada con Resolución Ministerial 771-2004/MINSA en el mes de julio de 2004. Depende funcionalmente de la Dirección General de Salud de las Personas, específicamente de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral del Ministerio de Salud. La ESN coordina especialmente con los Ministerios de Agricultura y Educación.

A nivel interprogramático coordina con la ESN de Salud Sexual y Reproductiva y con órganos de línea del Ministerio, tales como la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, DIGESA, DIGEMID, y Epidemiología.

El financiamiento de la ESN proviene básicamente del Tesoro Público (90%) y la tendencia de los últimos años indica que se va a incrementar. El 10% restante que proviene de préstamos y donaciones, cuenta con una administración propia. Al igual que en otras ESN, los Gobiernos Regionales y Locales aportan diversos recursos a las instancias correspondientes de la ESN.

Para el desarrollo de sus acciones la ESN mantiene personal de dedicación exclusiva en el nivel nacional y regional. No cuenta con personal contratado por recursos externos.

El personal de salud de los servicios recibe capacitación especial para llevar a cabo las acciones de la estrategia, la cual se realiza coordinadamente como parte de un paquete de capacitación para los servicios de salud. La estrategia implementa algunos incentivos no económicos como, propiciar la participación del personal en capacitaciones y seminarios internacionales, nacionales y regionales.

Las acciones de la estrategia se realizan en el primer, segundo y tercer nivel de atención, siendo lo comunitario la base del accionar de la estrategia.

Las actividades de la ESN forman parte del paquete básico de servicios (Atención Integral por Etapas de Vida), e incluyen acciones de prevención y promoción.

La ESN no cuenta con un sistema propio de registro e información, coordina con Dirección General de Epidemiología, a partir de los que elabora reportes periódicos que son utilizados en todos los niveles de gestión.

ESN Metaxénicas
Porcentajes por componente

Cuadro 2

Componentes	ESN de Metaxénicas	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	5	3
	62,5%	37,5%
Financiamiento	6	4
	60%	40%
RRHH	10	0
	100%	0%
Entrega Servicios	8	1
	89%	11%
Información	10	0
	100%	0%
TOTAL	51	8
	86%	14%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas nacionales . OPS/ 2007

5.3 La ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA obtuvo un puntaje de 45 para horizontalidad y 12 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 79% y 21% respectivamente, que la identifica como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, pero con *fuerte predominancia del enfoque horizontal*.

La Estrategia tiene enmarcadas sus acciones en el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la prevención y control del VIH/Sida en el Perú elaborando por la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA). Esta es una instancia de coordinación intersectorial presidida por el Ministerio de Salud, se la considera el Mecanismo de Coordinación de País que vigila el componente de VIH financiado por el Fondo Mundial.

En relación con las otras ESN, la de VIH-SIDA, establece relaciones con Salud Sexual y Reproductiva, TB, Salud Bucal e Inmunizaciones.

Esta estrategia tiene como principal fuente de financiamiento al Fondo Global, el que genera compromisos desde el Tesoro Nacional que deben cumplirse. No se cuenta con los porcentajes exactos de la distribución del financiamiento, ya que parte de los recursos se derivan directamente a las acciones de la estrategia, por lo que se recomienda la realización de un estudio de cuentas nacionales.

La CONAMUSA administra parcialmente los recursos a través de un receptor principal contratado (CARE). Si bien los gobiernos regionales y locales otorgan recursos, esto es un proceso que recién se inicia.

Existe en la ESN personal contratado por recursos externos en el nivel nacional y en las DIRESAS. Las acciones de la estrategia se realizan en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Las actividades de la ESN forman parte del paquete básico de

servicios (Atención Integral por Etapas de Vida), e incluyen acciones de prevención y promoción.

ESN de VIH / SIDA
Porcentajes por componente

Cuadro 3

Componentes	ENS de VIH/ SIDA	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	6	2
	75%	25%
Financiamiento	6	2
	75%	25%
RRHH	6	4
	60%	40%
Entrega Servicios	7	2
	78%	22%
Información	8	2
	80%	20%
TOTAL	45	12
	79%	21%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales . OPS/ 2007

5.4 La ESN de Tuberculosis recibió un puntaje de 40 para horizontalidad y 19 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 68% y 32% respectivamente, que corresponde a un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, con *moderada predominancia al enfoque horizontal*, según la metodología descrita.

Fue creada en el 2005 mediante la Resolución Ministerial N° 721-2005/MINSA, sobre la base del ex Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Actualmente depende orgánicamente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

Se interrelaciona o realiza coordinaciones con otros sectores, como Ministerio de Trabajo, de Vivienda y Construcción, de Educación, de Mujer y Desarrollo, del Interior, y con la Defensoría del Pueblo. Las relaciones con otras estrategias se centran especialmente en la ESN de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Las normas emanadas deben estar respaldadas con Resolución Ministerial. Cuenta con personal dedicado exclusivamente a la estrategia en los niveles central y regional.

Aproximadamente el 70% de los fondos provienen del tesoro público, y el 30% restante proviene de donaciones del exterior, principalmente del Fondo Mundial. La mayor parte de los fondos externos son administrados por la CONAMUSA.

Los recursos del Fondo Mundial son ejecutados de acuerdo a su propia regulación, y una parte de los insumos son almacenados en facilidades del mismo. El Fondo contrata personal para la estrategia, sobre la base de su propia escala de remuneraciones. Las acciones están ampliamente insertadas en los diferentes niveles

de los servicios de salud. Las acciones de capacitación son parte de otras en relación al paquete de prestaciones de los diferentes niveles de atención.

Las intervenciones incluyen acciones de promoción y prevención. La distribución de los insumos emplea exclusivamente los servicios y procedimientos del Ministerio de Salud.

Se utiliza un sistema de información propio, que genera reportes que son empleados en los diferentes niveles de gestión.

ESSN TB Porcentajes por componente

Cuadro 4

Componente	ESN de TB	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	4	4
	50%	50%
Financiamiento	6	4
	60%	40%
RRHH	4	6
	40%	60%
Entrega Servicios	8	1
	89%	11%
Información	6	4
	60%	40%
TOTAL	40	19
	68%	32%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

5.5 La ESN de Salud Sexual y Reproductiva obtuvo un puntaje de 41 para horizontalidad y 17 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 71% y 29% respectivamente, que la configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, pero con *fuerte predominancia del enfoque horizontal*.

Fue creada con Resolución Ministerial 771-2004/MINSA en el mes de julio de 2004. Depende funcionalmente de la Dirección General de Salud de las Personas.

La ESN coordina con el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo, el Ministerio del Interior, y con los demás integrantes de su Comité Consultivo: Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, ONGs, ESSALUD, Fuerzas Armadas y Defensoría del Pueblo. Por otro lado mantiene vínculos con otras ESN tales como la de VIH-SIDA, Inmunizaciones, No Transmisibles y la de TB.

La ESN de Salud Sexual y Reproductiva ha contado desde su origen con diversas fuentes de financiamiento externo, y recientemente (a partir de Junio de 2007), con financiamiento del Tesoro Público.

Para el desarrollo de sus acciones la ESN de Salud Sexual y Reproductiva solo mantiene personal de dedicación exclusiva en el nivel nacional, no así en el caso del personal responsable de ESN en las DIRESAS, las redes y las microrredes de salud.

Las acciones de la estrategia se realizan en el primer, segundo y tercer nivel de atención, y forman parte del paquete básico de servicios (Atención Integral por Etapas de Vida). Incluyen acciones de prevención y promoción.

El equipo de la estrategia a nivel nacional capacita solamente a las DIRESAS para llevar a cabo sus acciones, quienes son las responsables de la capacitación de las redes y microrredes en sus respectivas regiones.

ESN Salud sexual y Reproductiva Porcentajes por componente

Cuadro 5

Componentes	ENS de Salud Sexual/Reprod.	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	4	4
	50%	50%
Financiamiento	5	4
	56%	44%
RRHH	6	4
	60%	40%
Entrega Servicios	8	1
	89%	11%
Información	6	4
	60%	40%
TOTAL	41	17
	71%	29%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

5.6 La ESN de Enfermedades No Transmisibles obtuvo un puntaje de 43 para horizontalidad y 13 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 77% y 23% respectivamente, que la configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, pero con *fuerte predominancia del enfoque horizontal*.

Cuenta con un Plan nacional 2001- 2012, que está enmarcado en los lineamientos de políticas de salud del MINSA, así como en las prioridades sanitarias nacionales y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esta ESN depende de la Dirección General de Salud de las Personas y específicamente de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud.

La ESN coordina especialmente con el Ministerio de Educación y de la Mujer y Desarrollo, y a nivel interprogramático con la ESN de Salud Sexual y Reproductiva.

El financiamiento de la ESN esta a cargo solamente del tesoro público y aunque este es escaso tiende a incrementarse.

Para el desarrollo de sus acciones la ESN mantiene personal de dedicación exclusiva en el nivel nacional, también en el nivel regional pero no en todas las DIRESAS. En las Redes y Microrredes de salud los encargados de llevar a cabo las acciones de la estrategia son los coordinadores de las ESN que además impulsan las acciones de todas las otras estrategias.

Las acciones de la estrategia se realizan en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Las actividades de la ESN forman parte del paquete básico de servicios (Atención Integral por Etapas de Vida), e incluyen acciones de prevención y promoción.

La ESN no cuenta con un sistema propio de registro e información, utiliza la información generada por la Dirección General de Epidemiología.

ESN Enfermedades No transmisibles: Porcentajes por componente
Cuadro 6

Componentes	ESN de No Trans.	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	5	3
	62,5%	37,5%
Financiamiento	9	0
	100%	0%
RRHH	6	2
	75%	25%
Entrega Servicios	7	2
	78%	22%
Información	4	6
	40%	60%
TOTAL	43	13
	77%	23%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

5.7 La ESN de Salud Mental y Cultura de Paz obtuvo un puntaje de 44 para horizontalidad y 15 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 75% y 25% respectivamente, que la configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, pero con *fuerte predominancia al enfoque horizontal*.

Depende funcionalmente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

En el 2004 fue aprobado el “Plan General de la ESN de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010”, y en octubre del 2006 se aprobó el “Plan Nacional de Salud Mental”. En este plan se describen problemas específicos, pero también la relación del problema

central con aspectos como pobreza, acceso a servicios, y se identifican problemas amplios asociados a la intervención en salud mental.

La ESN coordina con el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo, así como con otras instancias.

Mantiene personal a dedicación exclusiva para las acciones de la ESN en el nivel regional e intermedio; sin embargo, los niveles subnacionales no requieren para la toma de decisiones sobre acciones de la ESN la aprobación del nivel nacional.

El financiamiento de la ESN es mixto, pues aproximadamente el 40% de los recursos provienen del tesoro público. La mayor parte de los recursos adicionales provienen de donaciones de la Unión Europea a través del Proyecto PASA; estos recursos son administrados por el Ministerio de Salud.

Los insumos requeridos por la ESN son gestionados a través del sistema propio del Ministerio de Salud.

No se cuenta con personal contratado por recursos externos.

Se realizan acciones en el primer y segundo nivel de atención. El personal que realiza estas acciones requiere y recibe capacitación directa de la ESN. Las actividades de la estrategia están integradas al paquete básico de servicios, e incluyen acciones de prevención y promoción.

Se cuenta con un sistema propio de registro e información, con el que se producen reportes periódicos, que son empleados en todos los niveles de gestión.

ESN Salud Mental: Porcentajes por componente

Cuadro

Componentes	ENS de Salud Mental	
	H	V
Rectoría	12	0
	100%	0%
Organización	6	2
	75%	25%
Financiamiento	8	2
	80%	20%
RRHH	8	2
	80%	20%
Entrega Servicios	6	3
	67%	33%
Información	4	6
	40%	60%
TOTAL	44	15
	75%	25%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

5.8 La ESN de Alimentación y Nutrición Saludable obtuvo un puntaje de 38 para horizontalidad y 21 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 64% y 36%

respectivamente, que la coloca como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, con *moderada predominancia del enfoque horizontal*.

La ESN de Alimentación y Nutrición Saludable, es una unidad funcional del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), que es parte del Instituto Nacional de Salud. El CENAN además es el coordinador nacional de la estrategia.

El Plan estratégico 2007-2011 de la ESN está enmarcado en la estrategia Crecer como lineamiento macro intersectorial, los lineamientos de políticas de salud del MINSA, el Acuerdo Nacional y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia y la Ley de Presupuestos por Resultados.

La ESN de Alimentación y Nutrición Saludable coordina con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo (PRONAA), el Ministerio de Producción y el Ministerio de Agricultura. Asimismo se relaciona estrechamente con otras ESN tales como la de Salud Sexual y Reproductiva. Su Comité Técnico está integrado por seis dependencias del MINSA: DGPROMS, Dirección General de Epidemiología, DIGESA, DGSP, Dirección General de Comunicaciones y DIGEMID.

La ESN emplea instrumentos como acuerdos de gestión para acordar el logro de metas con los niveles subnacionales, pero este procedimiento no está normado.

Sólo dispone de personal exclusivo en el nivel nacional, y no en los niveles subnacionales. En estos niveles, no se requiere la aprobación de la ESN para la toma de decisiones en relación a las acciones del programa.

La red de laboratorios a nivel nacional depende funcionalmente del Ministerio de Salud, pero en el caso de la ESN de Alimentación existen dos redes de laboratorios a nivel regional: la de Salud Pública y la de Alimentación que dependen de las Direcciones Regionales de Salud. La red de laboratorios de alimentación específicamente depende de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental de las regiones.

Las acciones son financiadas principalmente con aportaciones del tesoro público, más del 70%. No existe, tampoco en el caso de esta estrategia, un análisis detallado de porcentajes de los recursos de la cooperación internacional. A pesar de que no se tiene registro de la participación directa de los gobiernos regionales y locales en el financiamiento de las acciones de la estrategia, las DIRESAS establecen vínculos directos con la cooperación internacional con quienes desarrollan otras acciones sobre el tema.

Para el desarrollo de sus acciones la ESN solo mantiene personal de dedicación exclusiva en el nivel nacional. Se cuenta con personal contratado por recursos externos. Las acciones de la estrategia se realizan en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Las actividades de la ESN forman parte del paquete básico de servicios (Atención Integral por Etapas de Vida), e incluyen acciones de prevención y promoción.

La ESN no cuenta con un sistema propio de registro e información, utiliza la información generada por la Oficina General de Estadística e Informática y la Dirección General de Epidemiología, a partir de los que elabora reportes mensuales a niveles regionales y trimestrales a nivel nacional.

ESN Alimentación y nutrición: Porcentajes por componente
Cuadro 8

Componentes	ESN de Alimentación y N	
	H	V
Rectoría	9	3
	75%	25%
Organización	8	0
	100%	0%
Financiamiento	8	2
	80%	20%
RRHH	6	4
	60%	40%
Entrega Servicios	7	2
	78%	22%
Información	0	10
	0%	100%
TOTAL	38	21
	64%	36%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

5.9 La ESN de Salud Bucal obtuvo un puntaje de 38 para horizontalidad y 17 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 69% y 31% respectivamente, que la coloca como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un *enfoque mixto*, con *moderada predominancia del enfoque horizontal*.

La ESN de Salud Bucal surge con la RM N° 649-2007/MINSA del 8 de Agosto de 2007.

Coordina con ESSALUD, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo, así también como con Universidades y Colegios Profesionales.

Dentro de su coordinación interprogramática se encuentran las ESN de Alimentación y Nutrición, TB, VIH-SIDA y Salud Mental. Es importante señalar que también realiza acciones coordinadas con el Instituto Nacional de Salud, como la emisión de normas y estudios (fluorado, estudio sobre Micosis, etc.).

La ESN de Salud Bucal solo recibe recursos del Tesoro Nacional, con tendencia a incrementarlos.

Además del equipo a nivel nacional la estrategia cuenta con coordinadores en las DIRESAS y en las Redes de Salud y solamente en algunos casos en las Microrredes.

La ESN no cuenta con un sistema propio de registro e información, utiliza la información generada por la Oficina General de Estadística e Informática.

ESN Salud Bucal: Porcentajes por componente
Cuadro 9

Componentes	ENS de Salud Bucal	
	H	V
Rectoría	8	4
	67%	33%
Organización	5	3
	62,5%	37,5%
Financiamiento	6	2
	75%	25%
RRHH	10	0
	100%	0%
Entrega Servicios	7	2
	78%	22%
Información	2	6
	25%	75%
TOTAL	38	17
	69%	31%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

Encuesta de percepciones

En el cuadro 10 se resumen los resultados de las encuestas de percepciones en términos globales separando las respuestas en dos grandes categorías: aquellas que afirman que las opciones del programa nacional *fortalecen* el sistema sanitario (en esta categoría se agrupan las respuestas “fortalece totalmente” y “fortalece parcialmente”) y aquellas opciones de los programas nacionales que los encuestados consideran que *debilitan* el sistema sanitario (aquí se agrupan las respuestas “debilitan parcialmente” y “debilitan totalmente”)

Perú: Porcentajes totales por cada opción

Cuadro 10

Opciones	Fortalece	Debilita
La coordinación interprogramática del Programa	100%	0%
El desarrollo de un sistema de vigilancia e información propio para el Programa	67%	33%
La capacitación exclusiva del personal de los servicios de salud para el Programa	67%	33%
La administración directa de todos los recursos financieros por parte del Programa	50%	38%
La realización de estudios de vigilancia para el Programa	100%	0%
La utilización de estándares de calidad en los laboratorios	89%	0%
La jerarquización y verticalización de decisiones y acciones en el Programa	33%	56%
El logro del compromiso político para la implementación y expansión de los objetivos del Programa	100%	0%
La realización de acciones coordinadas con otros sectores (educación, prisiones, etc.)	100%	0%
La realización de actividades de prevención y promoción como parte de las acciones del Programa	100%	0%
La inclusión de los servicios de otros proveedores de salud del sector estatal (P Ej. Seguro Social)	100%	0%
La inclusión de servicios de salud de proveedores privados.	78%	0%
La presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del Programa.	25%	75%
La implementación de la estrategia regional/nacional del Programa.	100%	0%
La introducción de normas y estándares internacionales para la atención que brinda el Programa.	100%	0%
La movilización de activistas y representantes comunitarios en las acciones del Programa	100%	0%
Los proyectos de cooperación de iniciativas globales centradas en enfermedades específicas (P Ej. Fondo Global)	78%	0%
La transferencia de conocimientos a la comunidad	100%	0%
La realización de campañas de cambio de comportamiento específicas para el Programa	88%	13%
La realización de investigación a diferentes niveles del Sistema Sanitario	100%	0%
La presencia de administraciones diferentes para el manejo de fondos desembolsados para el Programa (diferentes instancias de administración debido a diferentes fuentes de financiamiento)	22%	56%
La contratación o designación de responsables del Programa en todos los niveles de gestión	100%	0%
La supervisión desde el nivel central a los niveles intermedios	100%	0%
La supervisión desde el nivel central a los niveles regionales y locales	75%	25%
La aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales.	22%	78%
El financiamiento por la cooperación externa de iniciativas que no son prioridades del sector	0%	100%
El establecimiento de incentivos en el personal del servicio de salud para que cumplan las metas del Programa	100%	0%
La garantía de estabilidad laboral del personal del Programa y de los servicios de salud.	89%	11%
La realización de acciones relacionadas al Programa	100%	0%
La participación comunitaria en las acciones del Programa	100%	0%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales OPS. 2007 (Perú)

El 100 % de los encuestados sostiene que las siguientes opciones de los programas *fortalecen* al sistema sanitario, en un rango que va desde fortalecen totalmente a que lo fortalecen parcialmente:

- *La coordinación interprogramática del Programa*
- *La realización de estudios de vigilancia para el Programa*
- *El logro del compromiso político para la implementación y expansión de los objetivos del Programa*
- *La realización de acciones coordinadas con otros sectores (educación, prisiones, etc.)*
- *La realización de actividades de prevención y promoción como parte de las acciones del Programa*
- *La inclusión de los servicios de otros proveedores de salud del sector estatal (P Ej. Seguro Social)*
- *La implementación de la estrategia regional/nacional del Programa*
- *La introducción de normas y estándares internacionales para la atención que brinda el Programa*
- *La movilización de activistas y representantes comunitarios en las acciones del Programa*
- *La transferencia de conocimientos a la comunidad*
- *La contratación o designación de responsables del Programa en todos los niveles de gestión*
- *La supervisión desde el nivel central a los niveles intermedios*
- *El establecimiento de incentivos en el personal del servicio de salud para que cumplan las metas del Programa*
- *La participación comunitaria en las acciones del Programa*

Además los encuestados sostiene en un porcentaje de 88 % a 89 % que estas tres opciones también *fortalecen* el sistema sanitario:

- *La garantía de estabilidad laboral del personal del Programa y de los servicios de salud*
- *La realización de campañas de cambio de comportamiento específicas para el Programa*
- *La utilización de estándares de calidad en los laboratorio*

Encontramos 10 opciones que presentan resultados en los que las respuestas van desde que *fortalecen totalmente* a que *debilitan totalmente* el sistema sanitario lo que las hace muy interesantes porque evidencian las dudas y diferencias de opinión sobre algunos temas clave para el desarrollo de las Estrategias sanitarias nacionales y para todo el sector salud.

El 78 % de los encuestados estuvo de acuerdo en que las dos opciones mencionadas a continuación, *fortalecen* el sistema, y el resto, 22 %, consideró que *ni lo debilitan ni lo fortalecen*:

- *La inclusión de servicios de salud de proveedores privados*
- *Los proyectos de cooperación de iniciativas globales centradas en enfermedades específicas*

En relación con la opción “*La supervisión desde el nivel central a los niveles regionales y locales*”, el 75 % coincidió en que este tipo de acción *fortalece* el sistema y el 25% restante que lo *debilita*.

En el análisis de la opción, *“El desarrollo de un sistema de vigilancia e información propio para el Programa”* se verifica que más de la mitad de los encuestados afirma que fortalece el sistema, un 67 %, y el resto, 33 %, que lo debilita parcialmente. Este resultado es contradictorio y refleja diferencias de opinión de los coordinadores nacionales sobre el componente de *información*. Es interesante mencionar además que la mayoría de las ESN no cuentan con un sistema propio de información, sino que la obtienen de la Dirección General de Epidemiología y de la Oficina General de Estadística e Informática.

Resultados similares se encontraron en las respuestas para la opción *“La capacitación exclusiva del personal de los servicios de salud para el Programa”*, el 67 % respondió que este tipo de acciones *fortalece* el sistema y 33% que lo *debilita*.

“La administración directa de todos los recursos financieros por parte del Programa” es una opción en la que solamente el 50 % considera que *fortalece* el sistema y el 38 % restante considera *lo contrario*.

A continuación se analizan las opciones que se piensa que *debilitan* el sistema de sanitario con diferentes porcentajes.

El 100 % de los encuestados sostiene que la opción *“El financiamiento por la cooperación externa de iniciativas que no son prioridades del sector”* *debilita* al sistema sanitario, con respuesta que van desde *debilita* totalmente a *debilita* parcialmente.

La opción *“La jerarquización y verticalización de decisiones y acciones en el programa”* es considerada por un 56 % de los encuestados como una acción que *debilita* el sistema y es resaltante que un 33 % piense que lo *fortalece parcialmente*.

Sin embargo es mas unánime la opinión sobre la opción *“La presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del Programa”* sobre la que el 75 % considera que *debilita* el sistema y 25 % que lo *fortalece parcialmente*.

“La presencia de administraciones diferentes para el manejo de fondos desembolsados para el Programa” es una opción referida al componente de *financiamiento* que a nivel global presenta aún cierto enfoque de verticalidad (25 %), sobre ella un 56 % cree que *debilita* el sistema y un 22 % que lo *fortalece* y un 11 % que *ni lo debilita ni lo fortalece*.

Sobre la opción *“La aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales”* la mayoría considera que *debilita* el sistema y un 22 % que lo *fortalece parcialmente*, lo cual evidencia las dudas que aun persisten sobre el actual proceso de descentralización.

6. CONCLUSIONES

En los Cuadros 11 y 12 se presenta el resumen de los resultados por cada Estrategia Sanitaria Nacional.

Perú: Resultados por cada ESN
Cuadro 11

ESN	Horizontalidad	Verticalidad
Inmunizaciones	88%	12%
Metaxénicas	86%	14%
VIH/SIDA	79%	21%
TB	68%	32%
Salud Sexual y Reproductiva	71%	29%
No Transmisibles	77%	23%
Salud Mental	75%	25%
Alimentación y N.	64%	36%
Salud Bucal	69%	31%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

Perú: Caracterización de cada ESN
Cuadro 12

ESN	Enfoque
Inmunizaciones	Horizontal
Metaxénicas	Horizontal
VIH/SIDA	Mixta, predominancia fuertemente horizontal
TB	Mixta, predominancia moderadamente horizontal
Salud Sexual y Rep.	Mixta, predominancia fuertemente horizontal
No Transmisibles	Mixta, predominancia fuertemente horizontal
Salud Mental	Mixta, predominancia fuertemente horizontal
Alimentación y N.	Mixta, predominancia moderadamente horizontal
Salud Bucal	Mixta, predominancia moderadamente horizontal

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

De la evaluación de las 9 Estrategias Sanitarias Nacionales analizadas, 2 de ellas fueron calificadas como estrategias de articulación netamente horizontales. Las restantes son estrategias que se articulan al sistema sanitario con un enfoque mixto, que varía de moderadamente horizontal (en tres de ellas) a fuertemente horizontal (cuatro de ellas).

Cuadro 13

Perú: Porcentajes de todas las Estrategias Sanitarias Nacionales por Componentes

Componentes	TB		VIH		Metaxénicas		Inmunizaciones		No Trans.		Salud S y R		Alimentación y N		Salud Mental		Salud Bucal		TOTAL	
	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V
Rectoría	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	75%	25%	100%	0%	67%	33%	94%	6%
Organización	50%	50%	75%	25%	62.5%	37.5%	75%	25%	62.5%	37.5%	50%	50%	100%	0%	75%	25%	62.5%	37.5%	68%	32%
Financiamiento	60%	40%	75%	25%	60%	40%	90%	10%	100%	0%	56%	44%	80%	20%	80%	20%	75%	25%	75%	25%
RRHH	40%	60%	60%	40%	100%	0%	60%	40%	75%	25%	60%	40%	60%	40%	80%	20%	100%	0%	70%	30%
Entrega Servicios	89%	11%	78%	22%	89%	11%	100%	0%	78%	22%	89%	11%	78%	22%	67%	33%	78%	22%	82%	18%
Información	60%	40%	80%	20%	100%	0%	100%	0%	40%	60%	60%	40%	0%	100%	40%	60%	25%	75%	57%	43%
Total	68%	32%	79%	21%	86%	14%	88%	12%	77%	23%	71%	29%	64%	36%	75%	25%	69%	31%	75%	25%

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas de la OPS. 2007 (Perú)

En el cuadro 13 se muestran los resultados resumidos por componente evaluado en las nueve ESN participantes del presente estudio; sin embargo, debe señalarse que la metodología empleada estaba dirigida a evaluar de manera particular cada ESN, y no los componentes específicos.

De los seis componentes analizados, fue más evidente el enfoque horizontal en los aspectos de *rectoría y entrega de servicios*. Todas las ESN evaluadas dependen orgánica y administrativamente del Ministerio de Salud, permiten el empleo de contratos o cartas de intención por parte de los niveles de gestión subnacionales, realizan acciones de coordinación con otras Estrategias Nacionales y requieren para la aprobación de sus normas la dación de una resolución ministerial explícita. Asimismo, todas las ESN incluidas en el estudio realizan actividades en el primer y segundo nivel de atención, sin contar con servicios exclusivos para este fin; las acciones de la ESN están incluidas en todos los casos en un paquete básico de servicios, incluyendo acciones de promoción y prevención.

Los demás componentes analizados tuvieron resultados mixtos, aunque en los componentes de *organización e información* se observó la mayor tendencia a un enfoque vertical. Por ejemplo, en el componente de *organización*, siete de las nueve ESN evaluadas mantienen personal responsable dedicado exclusivamente a las acciones de la ESN en los niveles subnacionales; y en el componente de *información*, seis ESN declararon contar con su propio sistema de registro e información.

Varios de los entrevistados señalaron que la ESN correspondiente implementaba estímulos o incentivos propios para los recursos humanos de los servicios de salud, pero en todos los casos estos consistían en acciones de entrenamiento, como capacitación formal o pasantías; en ningún caso los estímulos fueron bonos u otro tipo de incentivo económico.

Los establecimientos del Ministerio de Salud han sido transferidos a los Gobiernos Regionales como parte del proceso de descentralización, con excepción de aquellos que funcionan en el ámbito de Lima Metropolitana. Estos servicios dependen orgánica y administrativamente de sus Gobiernos Regionales, pero mantienen una dependencia técnica con el Ministerio de Salud.

Este aspecto es importante para la interpretación de las respuestas. Por ejemplo, un laboratorio referencial en el nivel regional no depende orgánica y administrativamente del Ministerio de Salud, sino de la Dirección Regional de Salud y esta del Gobierno Regional. Asimismo, no existe una visión uniforme en los entrevistados sobre la dependencia de las Organismos Públicos Dependientes, del Ministerio de Salud.

7. ANEXOS

- Anexo 1 Listado de entrevistados , cronograma de entrevistas
- Anexo 2 Glosario
- Anexo 3 Resolución Ministerial 771-2004/MINSA
- Anexo 4 Cuestionarios completados

ANEXO 1

Cronograma de entrevistas y nombre y afiliación de los entrevistados

NOMBRE	MINSA	PROGRAMA	CARGO	Entrevistas
Lic. María Ana Mendoza Araujo	DGSP	Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones	Coordinadora Nacional	21/08/07
Dr. Luís Miguel León	DGSP	ESN de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por vectores	Coordinador Nacional	14/08/07
Dr Cesar Antonio Bonilla	DGSP	ESN DE TB	Coordinador Nacional	3/09/07
Dr. José Luís Sebastián Mesones	DGSP	ESN Premención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	Coordinador Nacional	13/08/07
Dra. Lucy del Carpio	DGSP	ESN de Salud Sexual y Reproductiva	Coordinadora Nacional	10/08/07
Dr. Héctor Eduardo Shimabuku	DGSP	ESN de Enfermedades No Transmisibles	Coordinador Nacional	14/08/07
Dra. Maria Inés Sánchez	INS	ESN Alimentación y Nutrición Saludable	Coordinadora Nacional	10/09/07
Lic. Rita Uribe Obando	DGSP	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz	Director	11/09/07
Dr. Luís Villavicencio	DGSP	ESN de Salud Bucal	Coordinador de la Dirección	13/08/07

ANEXO 2

Glosario de definiciones operativas

1. Sistema Sanitario: organización relaciones y coordinación del conjunto de elementos o componentes de un sistema social designados (formal o informalmente) como responsables de llevar a cabo actividades de cuidado de la salud.
2. Programas Nacionales: Instancias de Salud Pública del Sistema Sanitario encargadas de normalizar, planificar, implementar y monitorear las acciones en un área específica (por ej. Salud materna, control de la TB, VIH/SIDA).
3. Articulación del PN con el SS: Situación o posición, grado de dependencia y coordinación del PN dentro del SS, así como las relaciones con su entorno.
4. Fortalecimiento del SS a través de los PN: Es la construcción de capacidades en los elementos o componentes de los SS, a través de las acciones específicas del programa nacional.
5. Debilitamiento del SS a través de los PN: Es la reducción de las capacidades de los elementos o componentes de los SS, a través de las acciones específicas del programa nacional.
6. Niveles de gestión: Corresponden a la estructura para la gestión del Sistema Sanitario, estos niveles son:
 - Nivel Central o nacional, encargado de la rectoría y normalización.
 - Nivel intermedio, departamental, provincial o estadual: encargado de la supervisión, vigilancia y evaluación en el área geográfica de la red de servicios correspondiente.
 - Nivel local: corresponde al nivel operativo de los servicios de salud.
7. Niveles de atención: Corresponden a la estructuración del sistema para la prestación de servicios, estos niveles son:
 - Primer nivel: ofrece servicios básicos de salud (puestos, centros de salud, consulta externa, atención domiciliaria, comunitaria, etc.)
 - Segundo nivel: ofrece servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en las especialidades básicas: medicina interna, cirugía, gineco – obstetricia y pediatría, corresponde a clínicas y hospitales intermedios.
 - Tercer nivel: Ofrece servicio ambulatorio y hospitalario en todas las especialidades y servicios de diagnóstico y apoyo terapéutico de alta complejidad, corresponde a los hospitales generales.
 - Cuarto nivel: eventualmente puede considerarse un cuarto nivel a los centros especializados, institutos nacionales, institutos de investigación, etc.
8. Atención Primaria de la Salud APS: Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud que tiene como objetivo garantizar el acceso universal a unos servicios sanitarios mínimos mediante una distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la implicación de las políticas de otros sectores.
9. Coordinación intersectorial: esfuerzo de reunión de recursos, medios y esfuerzos entre el Sector Salud y uno o más sectores de la sociedad, para el logro de un objetivo común.
10. Coordinación Interprogramática: esfuerzo de reunión de recursos, medios y esfuerzos entre uno o más programas del Sistema Sanitario, para el logro de un objetivo común.

ANEXO 3

Resolución Ministerial 771-2004/MINSA

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 771-2004/MINSA

Lima, 27 de julio del 2004

CONSIDERANDO:

Que el artículo 5° de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, para lograr objetivos funcionales como la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población; el entorno saludable para toda la población; la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad; la prevención y control de las epidemias, entre otros;

Que el artículo 10° del Reglamento de la citada Ley, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, señala que el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud tiene como objetivo funcional general, prevenir riesgos y daños así como restablecer la salud de la persona y de la población; el que a su vez está conformado por diversos subprocesos, entre ellos el de regulación y supervisión de la salud individual y colectiva, cuyo objetivo funcional es lograr la normalización, estandarización y cumplimiento de la atención integral y universal de la salud de la población;

Que en el inciso c) del artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 014-2002-SA, señala que son objetivos funcionales generales de la Dirección General de Salud de las Personas, el establecer las normas y control del desarrollo de las estrategias sanitarias y de los programas de salud de las personas;

Que, así mismo, en el inciso e) del referido artículo, se establece que es de cargo de la Dirección General de Salud de las Personas, proponer las políticas, prioridades y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención, con alcance sectorial e institucional, entre otros objetivos funcionales generales;

Que en cumplimiento de las indicadas funciones, la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto institucionalizar las Estrategias Sanitarias Nacionales, contempladas en el documento ""La Salud Integral: Compromiso de Todos- El Modelo de Atención Integral de Salud"", aprobado por Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, del 20 de junio de 2003, como mecanismos necesarios para mejorar la gestión sanitaria del sector;

Que a fin de garantizar que las mencionadas Estrategias Sanitarias Nacionales puedan diseñarse, implementarse y aplicarse exitosamente, es necesario establecer instancias de coordinación, supervisión y monitoreo;

De conformidad con lo previsto en el literal 1) del artículo 8° de la Ley N° 27657 -Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Establecer las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, y sus respectivos órganos responsables:

Estrategia Sanitaria Nacional	Órganos responsables
Inmunizaciones	Dirección General de Salud de las Personas
Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores	Dirección General de Salud de las Personas
Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH -SIDA	Dirección General de Salud de las Personas
Prevención y Control de Tuberculosis	Dirección General de Salud de las Personas
Salud Sexual y Salud Reproductiva	Dirección General de Salud de las Personas
Prevención y Control de Daños No Transmisibles	Dirección General de Salud de las Personas
Accidentes de Tránsito	Oficina General de Defensa Nacional
Salud de los Pueblos Indígenas	Centro Nacional de Salud Intercultural Instituto Nacional de Salud
Alimentación y Nutrición Saludable	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Instituto Nacional de Salud
Salud Mental y Cultura de Paz	Dirección General de Promoción de la Salud

Artículo 2°.- Las Estrategias Sanitarias Nacionales estarán a cargo de Coordinadores Nacionales que serán nominados por resolución ministerial.

Artículo 3°.- Los Coordinadores Nacionales tendrán las funciones de diseñar, planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar la implementación y ejecución de las Estrategias Sanitarias Nacionales, así como su articulación intra e intersectorial.

Artículo 4°.- La gestión y ejecución de cada Estrategia Sanitaria Nacional estará a cargo de un Comité Técnico Permanente y un Comité Consultivo, quienes tendrán las siguientes funciones:

1. Comité Técnico Permanente:
 - a. Elaborar el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional;
 - b. Apoyar en el desarrollo y ejecución de la Estrategia Sanitaria Nacional;
 - c. Efectuar el monitoreo y evaluación periódica de los resultados;
 - d. Gestionar recursos financieros para la ejecución de la Estrategia Sanitaria Nacional;
 - e. Integrar las actividades de las diferentes direcciones generales y organismos públicos descentralizados a los cuales representan para el logro de los objetivos de la Estrategia sanitaria Nacional.
2. Comité Consultivo:
 - a. Brindar asistencia técnica para el desarrollo y ejecución de la Estrategia Sanitaria Nacional;
 - b. Apoyar en la articulación de acciones del sector público y de la sociedad civil en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional.

Artículo 5°.- La conformación de los Comités será la siguiente:

- 1.- Comité Técnico Permanente:

- a. El Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional, quien la presidirá;
- b. Un representante de la Dirección General de Promoción de la Salud;
- c. Un representante de la Oficina General de Comunicaciones;
- d. Un representante de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas;
- e. Un representante de la Oficina General de Epidemiología;
- f. Un representante del Instituto Nacional de Salud; y
- g. Un representante de la Dirección General de Salud Ambiental sólo para las Estrategias Sanitarias de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores, Salud de los Pueblos Indígenas, Alimentación y Nutrición Saludable.

2.- El Comité Consultivo:

- a. Instituciones Académicas;
- b. Agencias de Cooperación Internacional;
- c. Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con la Estrategia Sanitaria Nacional; y
- d. Organizaciones de personas afectadas en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional.

Artículo 6°.- Para la conformación del Comité Técnico Permanente, cada Dirección General u Organismo Público Descentralizado nombrará un Titular y Suplente. Para la conformación del Comité Consultivo, el Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional procederá a convocar a un miembro, como mínimo, de cada institución. Ambos Comités deberán constituirse y elaborar su reglamento dentro del plazo de treinta (30) días calendario de publicada la presente resolución.

Artículo 7°.- Los órganos estructurales y entidades de salud, a nivel nacional, implementarán las Estrategias Sanitarias Nacionales y brindarán el apoyo que se requiera para garantizar el logro de los objetivos establecidos en la presente resolución ministerial.

Artículo 8°.- En el nivel regional, los responsables de la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales serán los Directores Regionales de Salud.

Artículo 9°.- Por Resolución Ministerial de Salud, se aprobará el Plan General de las Estrategias Sanitarias Nacionales.

Artículo 10°.- Los planes a desarrollar y ejecutar en el marco de las Estrategias Sanitarias Nacionales deberán sujetarse al Modelo de Atención Integral de Salud del cual forman parte.

Artículo 11°.- Las Estrategias Sanitarias Nacionales forman parte del Modelo de Atención Integral de Salud y, los planes a desarrollar y ejecutar deberán enmarcarse en el mismo.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud"