



ESTRATEGIA de
COOPERACIÓN
CON EL PAÍS
PERÚ

2014 - 2019



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



ESTRATEGIA de
COOPERACIÓN
CON EL PAÍS
PERÚ
2014 - 2019



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Organización Panamericana de la Salud.

Estrategia de Cooperación con el País: Perú 2014 - 2019. Lima: OPS; 2014.

1. Cooperación técnica. 2. Salud pública. 3. Cooperación internacional. 4. Prioridades en salud. 5. Programas nacionales de Salud. 6. Planificación estratégica. 7. Perú. I. Título.

© Organización Panamericana de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE.UU. (pubrights@paho.org).

El Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación de la Representación OPS/OMS en Perú, Los Pinos 251 Urb. Camacho, La Molina, Lima 12 – Perú; teléfono: (511) 319-5700; Fax: 437-8289; correo electrónico: per@paho.org, página web: <http://www.paho.org/per/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, zonas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento fue elaborado siguiendo los lineamientos del documento *Estrategias OPS/OMS de cooperación en los países - Guía para la elaboración (2010)*

http://www.who.int/countryfocus/PAHO-CCS_Guide2010_Spa_version.pdf

CONTENIDO



SIGLAS Y ABREVIATURAS	5
INTRODUCCIÓN	7
Sección 1: Declaración de intención	9
Sección 2: Desafíos de salud y desarrollo, y respuesta del país	13
Sección 3: Cooperación para el desarrollo y alianzas	37
Sección 4: Cooperación de la OPS/OMS con el Perú durante el ciclo anterior: 2010-2013	49
Sección 5: Agenda estratégica para la cooperación de la OPS/OMS: 2014-2019	63
Sección 6: Ejecución del programa estratégico: implicaciones para toda la Secretaría	77
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	89

SIGLAS Y ABREVIATURAS



AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIS	Análisis de Impacto en Salud
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
APS	Atención Primaria de Salud
AVISA	Años de Vida Saludables
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEPLAN	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
CONADIS	Comisión Nacional de Personas con Discapacidad
CNS	Consejo Nacional de Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
ED	Efectos directos
ECP	Estrategia de Cooperación con el País
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPU	Examen Periódico Universal
EsSALUD	Seguro Social de Salud
ETRAS	Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
ForoSalud	Foro de la Sociedad Civil en Salud
GITG	Grupo Interagencial de Género
GT	Grupos temáticos
IDI	Iniciativa contra la Desnutrición Infantil
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

MINAM	Ministerio del Ambiente
MINEDU	Ministerio de Educación
MINJUS	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
MINSA	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo Estratégico
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONDS	Oficina Nacional del Diálogo y la Sostenibilidad
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS/CONHU	Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAN	Plan Articulado Nutricional
PBI	Producto Bruto Interno
PC	Programa Conjunto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPR	Presupuesto por Resultados
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RRHH	Recursos Humanos
SINADIS	Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social
SIS	Seguro Integral de Salud
SISOL	Sistema Metropolitano de la Solidaridad
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
TB	Tuberculosis
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
VPH	Virus del Papiloma Humano

INTRODUCCIÓN



En los últimos años el Perú ha sido uno de los países con mayor crecimiento económico de la Región. En este contexto se han impulsado políticas públicas y programas sociales, priorizando la atención a grupos en situación de vulnerabilidad, que permitieron al país avanzar hacia las metas vinculadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No obstante, grupos importantes de la población no han mejorado su acceso a necesidades básicas, por tanto, los retos aún se mantienen.

En materia de salud el Perú en 2005 acordó y legitimó, en acuerdo con los partidos políticos, universalizar progresivamente la protección social partiendo del aseguramiento. En este proceso se consiguieron avances significativos y sostenidos que se consolidaron en 2013 con el respaldo del Congreso de la República. En consecuencia, el Poder Ejecutivo inició un proceso regulatorio que genera una oportunidad histórica en el avance hacia la cobertura universal en salud.

La condición de país de renta media alta contribuye a la reducción de las fuentes de recursos financieros de la cooperación incluidos los de OPS/OMS, por tanto, se requiere identificar mecanismos para buscar complementariedades y sinergias que hacen necesaria la revisión de la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con el Perú para el período 2014-2019.

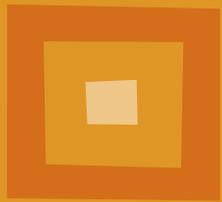
Este documento se elaboró mediante consultas con las autoridades nacionales, el Sistema de Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales, sociedad civil y el propio personal de la OPS/OMS. Como resultado se recopiló opiniones sobre las intervenciones que la OPS/OMS debería continuar, iniciar o discontinuar. Se destacó el valor de la provisión de evidencia para la formulación de políticas; el respaldo a la abogacía por la salud;

el análisis sectorial y la facilitación del diálogo. Además, se recomendó incrementar la vinculación con el subsector privado y la sociedad civil, así como retirar el apoyo de escaso valor estratégico y asistencia técnica a gobiernos subnacionales sin coordinación con el gobierno nacional.

Las capacidades que el país ha desarrollado promueven una reducción de la asistencia técnica directa, sin embargo, requiere más apoyo a la facilitación de diálogos y al fortalecimiento de la rectoría. Con énfasis en poner a disposición del país recursos de programas regionales y mundiales de la OPS/OMS, el intercambio y asesoramiento de los expertos de la organización y de los países, así como, un mayor aprovechamiento de las ventajas comparativas del país para facilitar el desempeño, con sede en la Oficina de OPS/OMS en el Perú, de asesores con ámbito de trabajo regional.

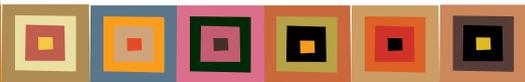
Un especial agradecimiento al equipo del MINSA por su compromiso en este proceso y por el espacio para interactuar con todos los actores del sector salud y reflexionar conjuntamente acerca de los desafíos en el contexto actual de reforma.

Luis Fernando Leanes
Representante OPS/OMS en Perú



Sección 1

Declaración de Intención



Sección 1

Declaración de Intención

El Ministerio de Salud del Perú y la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, a través de un proceso de consulta con los principales actores nacionales relacionados con el sector salud, convienen la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con el Perú para el período 2014-2019.

El Ministerio de Salud del Perú reconoce que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado, abordando tanto su atención como sus determinantes. Para este efecto, promueve la universalización y articulación de políticas sociales que alcancen a todos los habitantes, con especial atención a los que se encuentran en situación de vulnerabilidad y colocando a la inclusión social como centro de la política pública.

Con respecto a las políticas del sector salud, el Ministerio de Salud del Perú viene liderando un proceso de reforma para garantizar que la población ejerza totalmente su derecho a la salud y extender las mejoras en el estado de salud a toda la población mediante: el incremento de la cobertura de la protección social en salud, la mejora de los servicios, el alivio a la carga financiera de los hogares y la instauración de una cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad.

El marco de acción de la OPS con el Ministerio de Salud del Perú está dado por las respectivas constituciones de la OPS y la OMS, el Convenio Básico entre el Gobierno de Perú y la OPS/OMS, suscrito el 21 de noviembre de 1984, el Marco de Asistencia para el

Desarrollo de las Naciones Unidas en el Perú 2012-2016, las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS y en particular, por el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, todos ellos alineados con las políticas, estrategias y planes nacionales de desarrollo y salud.

Las prioridades hacia las que se va a orientar la cooperación entre el Ministerio de Salud del Perú y la OPS/OMS, en consonancia con el compromiso de la consecución progresiva del acceso universal en salud como enfoque central, deberán consolidar los adelantos en la salud materno infantil, el control de las enfermedades transmisibles, la reducción de la carga de las enfermedades crónicas con modelos innovadores de atención que incluyan la promoción de la salud y la prevención, y reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud y su utilización.

La Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con el Perú tiene como ejes transversales: el abordaje de la salud durante todo el ciclo de vida; los determinantes sociales y ambientales; el enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad; y la promoción de la salud.

La Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con el Perú 2014-2019 contribuirá al proceso de reforma del sector salud, el fortalecimiento de la rectoría, la extensión de la protección social mediante la universalización del acceso y mejora de la calidad del servicio, la gestión y desarrollo de recursos humanos, el acceso a medicamentos, sangre y tecnologías sanitarias y el desarrollo de redes integrales e integradas para el cuidado integral de la salud para todos y por todos. Asimismo, la Estrategia busca articular los esfuerzos del Perú con los esfuerzos regionales y globales para la vigilancia de la salud, la prevención y control de enfermedades y el apoyo a los sistemas de información y procesos de inteligencia sanitaria en el marco de los acuerdos y mandatos internacionales.

La cooperación entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud del Perú se focalizará hacia las acciones estratégicas de mayor impacto técnico y político: apoyo al liderazgo nacional en temas cruciales para la salud; facilitación del diálogo en espacios bilaterales y multilaterales, intersectoriales, intergubernamentales, con la sociedad civil y el sector privado; provisión de evidencia y experiencias para la formulación de políticas; y el apoyo técnico y movilización de recursos para crear capacidad nacional duradera.

Lima, Perú, 20 de febrero de 2014



Margaret Chan
Directora General, OMS



Midori De Habich Rospigliosi
Ministra de Salud



Carissa F. Etienne
Directora, OPS/OMS



Sección 2

Desafíos de salud y desarrollo, y respuesta del país



Sección 2

Desafíos de salud y desarrollo, y respuesta del país

2.1 Contexto político, macroeconómico y social

El Perú está situado en la parte occidental de América del Sur. Limita al oeste con el Océano Pacífico, al norte con Ecuador y Colombia, al este con Brasil, al sureste con Bolivia y al sur con Chile. La extensión del territorio peruano alcanza 1 285 220 km². El Perú se encuentra determinado por la presencia de la Cordillera de los Andes, que atraviesa el territorio del Sur al Norte, configurando tres áreas claramente diferenciadas: Costa, Sierra y Selva. Es uno de los países de mayor diversidad biológica del mundo y posee una gran riqueza de recursos minerales.

La población estimada al año 2013 es de aproximadamente 30 475 144 habitantes. La población del país es todavía relativamente joven: 29,8% es menor de 15 años y sólo 8,4% es mayor de 65 años. Sin embargo, en las siguientes décadas el aumento progresivo del envejecimiento y la disminución en el crecimiento poblacional se proyectan como los principales retos demográficos. Se estima que para el 2020 el 10,9% de la población tendrá más de 65 años.¹

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [Internet] *Estadísticas: Población y Vivienda*. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>

El Perú es una república democrática con un gobierno unitario, representativo y descentralizado. Se encuentra organizado en tres poderes principales: Poder Ejecutivo, Poder Judicial y Poder Legislativo, además de 8 organismos autónomos. Entre estos últimos se encuentran el Tribunal Constitucional que es la máxima instancia referida a la interpretación de la Constitución Política del Perú y el Defensor del Pueblo que atiende las demandas de la población sobre la actuación del Estado.

El proceso de descentralización tuvo su más reciente hito en el año 2002, creándose 25 gobiernos regionales, que se asientan sobre las unidades políticas existentes (24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao). En el año 2010 se eligieron para el período 2011-2014 a 25 presidentes regionales, así como a los alcaldes de 195 provincias y 1 838 distritos.

Actualmente, la Constitución Política del Perú define la economía social de mercado como norma en la ejecución de las Políticas del Estado. El Perú se encuentra en una privilegiada situación de crecimiento económico e institucionalización política, y ha puesto en marcha una intensiva política de inclusión social y de mejora de las condiciones de vida de todos sus habitantes.

Desde el año 2000, el Perú viene presentando un crecimiento sostenido del Producto Bruto Interno (PBI). Según el Banco Central de Reserva (BCRP)² el PBI en el 2012 alcanzó US\$ 204 099 millones, siendo el promedio de crecimiento en el período 2003-2012 de 6,7% anual, uno de los más altos de la región. El PBI por habitante fue de US\$ 6 811 para el año 2012, lo que configuró al Perú como país de renta media alta, categorización que detenta desde el 2008, año en que alcanzó US\$ 4 780 dólares per cápita.³

A pesar de la incertidumbre en el entorno internacional, las proyecciones prevén continuidad del crecimiento económico. En el 2013, el PBI alcanzó 5,1% y las expectativas de crecimiento económico para los años 2014 y 2015 se estiman que alcanzarán entre 5,5% y 6%.

El crecimiento económico descrito, acompañado de políticas públicas y programas sociales, ha permitido importantes avances en la reducción de la pobreza y el desarrollo social. Además, se han implementado innovaciones en términos de gestión pública y programas sociales para mejorar la calidad de la inversión pública y priorizar la atención a grupos en situación de vulnerabilidad.

El Estado Peruano está encaminando sus esfuerzos en implementar un conjunto de reformas en sectores prioritarios como salud y educación. Para hacer frente a los compromisos

² Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). [Internet] *Memoria 2012*. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Memoria/2012/memoria-bcrp-2012.pdf>

³ Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE). [Internet] *Aid Effectiveness 2011: Progress in Implementing the Paris Declaration*. Vol. II Country Chapters: Perú, 2012. Disponible en: http://www.oecd.org/dac/effectiveness/Peru_6.pdf

y retos en salud, el Ministerio de Salud consolidará el proceso emprendido por el Estado para alcanzar la cobertura universal de la protección en salud.

2.2 Principales determinantes de la salud

2.2.1 Nivel de pobreza y desarrollo

Si bien el crecimiento económico del Perú en los últimos años ha sido uno de los más elevados de la región, y ha permitido reducir la pobreza, las inequidades sociales persisten y el desafío es cerrar esas brechas. La pobreza y la desigualdad son dos de los principales desafíos que el Perú enfrenta en su camino hacia el desarrollo y el fortalecimiento de la democracia.

En el año 2013, el 23,9% de la población del Perú se encontraba en situación de pobreza, que en cifras absolutas equivale a 7 millones 284 mil personas, lo cual refleja que la pobreza disminuyó en 1,9% con respecto al 2012, es decir, 491 mil personas dejaron de ser pobres en el 2013.⁴

En el 2005, la cifra fue de 48,7% lo que significa una disminución de 24,8 puntos porcentuales en el período comprendido entre 2005 y 2013. Sin embargo, si se compara la pobreza urbana con la rural, se observa todavía grandes diferencias que no se han reducido en la misma proporción. En el área urbana la pobreza incidió en 16,1% mientras que en el área rural fue de 48%, por tanto los hogares pobres rurales son tres veces más pobres que los del área urbana, a pesar de las mejoras registradas.⁵

En relación a la pobreza extrema, en el año 2013 alcanzó al 4,7% de la población, lo que equivale a 1 millón 432 mil 300 personas que tenían un gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos. Entre el 2012 y 2013, la pobreza extrema disminuyó en 1,3 puntos porcentuales, lo que equivale a 375 mil 821 personas.

La reducción de la pobreza ha sido dispar no sólo en términos territoriales de dominio rural-urbano, sino también por grupo etario, género y etnia, persistiendo aún realidades de exclusión y privación al interior del país, además de una gran variabilidad en el ritmo y la medida de la reducción de la pobreza. Entre los departamentos que mostraron mayor prevalencia de la pobreza se encuentran: Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Pasco, con un rango entre 46,6% y 52,9% en el 2013; y la tasa de pobreza extrema que durante el año 2013 superó el 22% en Cajamarca.

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [Internet] *Informe técnico: Evolución de la pobreza monetaria 2009-2013*. Lima: INEI, 2014. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informetecnico.pdf

⁵ Idem, p. 34-35.

El nivel de seguridad alimentaria está asociado directamente al nivel de pobreza de un país debido a que los alimentos absorben una parte importante de los gastos en los hogares más pobres.⁶ En el Perú, la producción de alimentos se caracteriza por bajos niveles de productividad y competitividad de los pequeños agricultores. A pesar de ello, la agricultura es la fuente principal de ingresos de 2,3 millones de familias que representan el 34% de los hogares peruanos (80,0% rural y 10,6% urbano).

La seguridad alimentaria de la población está también amenazada por el cambio climático el cual repercute en los eventos naturales que afectan regularmente a gran parte de las áreas más pobres y vulnerables del país. Estos eventos pueden tener un impacto negativo en la disponibilidad, acceso y utilización de los alimentos lo que finalmente incide en el estado de nutrición de la población.

Al respecto, en el Perú la prevalencia de la desnutrición crónica infantil para el 2013 fue de 17,5% (patrón OMS), 6,3% menor que en el 2009. Sin embargo, pese a este avance nacional, esta proporción es mayor en el ámbito rural (32,3%) que en el urbano (10,3%).

2.2.2 Salud, derechos humanos y determinantes sociales

El Examen Periódico Universal (EPU) es el mecanismo de las Naciones Unidas para vigilar el cumplimiento de las obligaciones y compromisos pactados y ratificados por los 193 Estados Miembros en materia de **derechos humanos**. En el caso del Perú la última revisión se realizó en 2012 y fue publicada por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.⁷

En relación a la salud se realizaron observaciones y recomendaciones relacionadas con: la prevalencia y magnitud de la violencia doméstica incluidos el maltrato y abuso sexual de los niños; la malnutrición, en particular en niños que viven en zonas rurales y remotas; el elevado porcentaje de la población que no tiene cobertura sanitaria y acceso a los servicios de salud de calidad; la elevada tasa de embarazos de adolescentes y la falta de servicios de salud sexual y reproductiva adecuados; el incremento en la tasa de mortalidad materna en las zonas rurales; los efectos adversos que provocan las actividades de las industrias extractivas en la salud de la población, particularmente al acceso al agua potable; y las repercusiones de los acuerdos internacionales de comercio sobre el uso de medicamentos genéricos.⁸

⁶ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). [Internet] *El estado mundial de la agricultura y la alimentación, 2008*. Biocombustibles: perspectivas, riesgos y oportunidades. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/011/i0100s/i0100s06.pdf>

⁷ Naciones Unidas, Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. [Internet] *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: Perú*. (A/HRC/22/15) 27 de diciembre de 2012. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.15_sp.pdf

⁸ Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado. [Internet] *Informes de Perú*. Disponible en: <http://acnudh.org/paises/peru/>

Entre los avances presentados por el Perú, se incluyen la ampliación de las competencias del Ministerio de Justicia como ente rector en materia de derechos humanos con la actual denominación de Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Asimismo, el Gobierno ha creado el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, responsable de diseñar el nuevo marco de políticas públicas orientadas a cerrar las brechas de pobreza y de falta de acceso a servicios. Además de la creación del Ministerio del Ambiente para incorporar la dimensión ambiental en las políticas públicas.

De otro lado, a fin de atender los reclamos en distintas zonas del país se creó la Oficina de Gestión de Conflictos Sociales, ahora con una nueva denominación, enfoque y metodología denominada Oficina Nacional del Diálogo y la Sostenibilidad (ONDS) adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros.

Otro factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, es la **educación**. En este tema se ha logrado un avance significativo hacia la meta de asegurar que, para el año 2015, todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria (tasa neta de matrícula de 96%).⁹

Para el 2013 el nivel de educación estimado como la mediana de años de escolaridad completos fue de 9 años; 1,2 años más que en el 2009. En el área urbana (10,2 años), en Lima Metropolitana (10,4 años), y el quintil superior (11,5 años) reportan la mayor cantidad de años. Por otro lado, los departamentos de Amazonas y Cajamarca con 5,4 años y Huancavelica 5,3 años reportan la menor cantidad de escolaridad.

En Lima y el resto del país, los niveles de acceso a la educación son cercanos a la universalización. El avance en los medios rurales ha sido más significativo. La tasa neta rural subió de 89,7% en 2002 a 98,4% en 2013 (6-10 años), mientras que en áreas urbanas se incrementó de 92,5% a 96,7% en el mismo período y grupo de edad.

En el 2013, el 95,5% de la población de 6 a 15 años de edad asistía a un centro de enseñanza regular, (95,7% en los hombres y 95,3% en las mujeres) y muestra una diferencia de 0,8 punto porcentual por área de residencia (96,1% en el área rural y 95,3% en el área urbana). La asistencia escolar disminuyó considerablemente en el grupo de 16 a 20 años (51,7%) y descendió aún más entre la población de 21 a 24 años (27,5%).¹⁰

La calidad de la educación primaria constituye uno de los principales desafíos, junto a la superación de las brechas entre la educación en medios urbanos y rurales; así como la educación recibida por niños y niñas que tienen como lengua materna el idioma

⁹ Presidencia del Consejo de Ministros; Sistema de Naciones Unidas en Perú. [Internet] *Perú: Tercer informe nacional de cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Disponible en: <http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf>

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013*. Lima, INEI, 2014.

castellano y aquellos que crecen en contextos lingüísticos distintos. En consecuencia, es necesario superar las brechas mencionadas, pues la educación de la madre es el factor más influyente en la persistencia de altas tasas de muerte materna e infantil en el país.

El **género** constituye otro determinante estructural de la salud que en el Perú en los últimos años ha logrado una mejora sustancial en el acceso y disfrute de los derechos de las mujeres, en condiciones de igualdad con los hombres.¹¹ En este sentido, la aprobación del *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*¹² es un ejemplo del interés del Estado peruano por promover la igualdad de género.

Sin embargo, a pesar de los avances, el Perú ocupa el tercer lugar de mayor prevalencia de **violencia física y sexual**.¹³ Asimismo, se ha reportado que 8 de cada 10 mujeres han sufrido violencia a lo largo de su vida y 7 mujeres son asesinadas cada mes.¹⁴

En relación a la violencia familiar a mujeres, se reporta una disminución en la violencia física por el esposo o compañero de 38,2% en el 2009 a 35,7% en el 2013; del total de mujeres que padecieron violencia física por parte de su esposo o compañero, el 55,4% sufrió alguna vez este tipo de violencia cuando él estaba bajo los efectos del alcohol, drogas o ambas. Este grupo corresponde a mujeres con menor nivel educativo, ubicadas en el ámbito rural, de la región Sierra y de los departamentos de Ayacucho, Cusco, Moquegua y Apurímac.¹⁵ Pese a estos discretos avances, la violencia familiar continúa siendo un grave problema de salud pública.

El país ha elaborado el *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*¹⁶ que busca mejorar la intervención estatal en los niveles de gobierno nacional, regional y local, y en estrecha colaboración con la sociedad civil y el sector privado para enfrentar exitosamente el problema.

¹¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) – Perú. [Internet] *Avances y retos en equidad de género y salud materna*. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2013/Sep2013/ODM/especial_odm3y5_unfpa.pdf

¹² Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). [Internet] *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017.pdf

¹³ Organización Panamericana de la Salud (OPS); Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). [Internet] *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid

¹⁴ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). [Internet] *Compendio Estadístico MIMP 2012*. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/files/omep/compendio2012/1.70.pdf>

¹⁵ ENDES 2013, *ídem*.

¹⁶ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. [Internet] *Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015*. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20090326-MIMDES-Plan-Nacional-Contra-la-Violencia-Hacia-la-Mujer_2009-2015.pdf

Entre otros factores, la tendencia de mortalidad por **accidentes de tránsito** se ha incrementado notablemente y se estima que en el 2010 la tasa de mortalidad fue de 9,9 por 100 000 habitantes. En el 2012, los accidentes de tránsito representaron el 3,7% de todas las muertes en el país y la tercera causa de la carga de enfermedad nacional. Además, dos de cada cinco muertes violentas en el área urbana son producto de accidentes de tránsito (42,44%). Este es un problema con raíces socioeconómicas muy complejas, y que tienen consecuencias en la salud mental, la mortalidad, las secuelas y las discapacidades de las personas afectadas.¹⁷

En relación a otros determinantes, cabe mencionar el incremento en el **consumo de tabaco, alcohol y drogas**. De acuerdo a los resultados de la *Encuesta global de salud escolar. Resultados - Perú 2010*¹⁸ muestra que entre los escolares del segundo al cuarto año de educación secundaria (entre 10 a 16 años) el 60,3% refieren haber fumado por primera vez antes de los 14 años. Asimismo, el 18,9% manifestaron que fumaron cigarrillos uno o más días en el último mes. La edad de inicio más baja del consumo de cigarrillos, se ubica en los 9 años.

Más de la mitad de los estudiantes encuestados (59,6%) señalaron que han tomado por primera vez alguna bebida que contenía alcohol antes de los 14 años, mientras que el 15,8% refirió haber llegado a la embriaguez una o más veces en su vida.

Al comparar los resultados totales de consumo escolar de drogas legales del año 2009 con los del 2007, se registra una reducción de 51,2% a 42,1%, es decir un 17,7% de disminución. En el caso de las drogas ilegales, se observa una tendencia diferente, pues se registra un aumento en ambos indicadores.

2.2.3 Determinantes ambientales

En el año 2013, 73,4% de las viviendas contaban con red pública de distribución de **agua dentro de la vivienda** (77,3% en el área urbana y 63,4% en el área rural) mejorando más de cinco puntos porcentuales respecto al año 2009. Los departamentos con menor proporción de viviendas que cuentan con este servicio son: Loreto (28,7%), Ucayali (52,6%) y Puno (57,2%). Respecto al **saneamiento dentro de la vivienda**, 59,8% de estas contaban con red pública (aunque con grandes desigualdades): 77,3% en el área urbana y 15,0% en el área rural, mejorando más de ocho puntos porcentuales respecto al año 2009. Los departamentos con menor proporción de viviendas que contaban con red pública de saneamiento dentro de la vivienda son: Huancavelica (20,7%), Apurímac (25,7%), Puno (29,2%) y Madre de Dios (28,6%). El porcentaje de letrinas en el área rural es de 59,5%.¹⁹

¹⁷ Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (MINSA/DGE). *Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013*. Lima: MINSA/DGE, 2013.

¹⁸ Ministerio de Salud [Internet]. *Encuesta global de salud escolar. Resultados - Perú 2010*. Lima: MINSA, 2011. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/Encuesta_Global_Escolar_Peru_2010.pdf

¹⁹ ENDES 2013, *idem*.

Aun cuando se muestra una evolución positiva en el acceso a servicios de **agua y saneamiento básico**, persiste un gran déficit principalmente en el ámbito rural, lo que configura las condiciones para la persistencia de enfermedades infecciosas respiratorias, digestivas y parasitarias en este ámbito.

Con respecto al **empleo, condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales**, las tasas de ocupación de la población (relación empleo - población en edad de trabajar) se muestra una evolución positiva a nivel nacional en los últimos años, pasando de 68,2% en 2004 a 70,8% en 2012 a nivel nacional, acompañado de una reducción en la tasa de desempleo que se ubicó el 2011 en 4%.²⁰

Por su ubicación geográfica, el Perú es un país vulnerable a **desastres** tales como terremotos, inundaciones, deslizamientos, sequías y heladas con graves consecuencias generadas en la salud de la población. Además, será uno de los países más afectados por el calentamiento global, y uno de sus efectos ya visibles, es el rápido deshielo de sus nevados; la mayor parte de los cuales desaparecerá para el 2020 y generará condiciones adversas en la agricultura del país.

Lo mencionado configura una mayor probabilidad de daños a la seguridad y salud de la población que habita en los lugares más vulnerables (como ya se ha presentado en el terremoto de Pisco en el 2007), así como la extensión de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria) a ámbitos no afectados previamente y el incremento de la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

2.3 El estado de salud de la población

La situación de la salud de la población en el Perú se caracteriza por la persistencia de enfermedades transmisibles, el incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y lesiones no intencionales, que incluyen los accidentes de tránsito y caídas.

2.3.1 Carga de enfermedad

De acuerdo al último análisis de carga de enfermedad²¹ que identifica 21 categorías de diagnóstico, se evidencia que las seis primeras causas se relacionan a enfermedades no transmisibles las cuales suman 3 millones 61 mil 274 años de vida saludable perdidos (AVISA) que representan el 66% de la carga de enfermedad.

²⁰ Ministerio de Trabajo (MTPE). *Perú: Principales indicadores del mercado de trabajo, según sexo 2001-2012*.

²¹ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Promoviendo alianzas y estrategias (PRAES). [Internet] *Análisis del estudio de carga de enfermedad en el Perú, MINSA-2004 y propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad*. Elaborado por Anibal Velásquez Valdivia. Diciembre, 2006. Disponible en: http://www.hsr.gob.pe/epidemiologia/pdf/interes_9.pdf

Las **enfermedades neuropsiquiátricas** causan la mayor carga de enfermedad en el país por su duración y porque producen mayor discapacidad. En segundo lugar, siguen las **lesiones no intencionales** que incluyen los accidentes de tránsito. El tercer grupo son las **condiciones perinatales**, debido a la incidencia de estas enfermedades y a la pérdida de años de vida por muerte prematura. Las **enfermedades cardiovasculares** ocupan el cuarto lugar y se caracterizan por producir mayor mortalidad. El quinto grupo, está representado por los tumores malignos, **el cáncer** en el Perú produce alta mortalidad y tiene un período relativamente corto de sobrevivencia. El sexto grupo lo constituyen las **enfermedades osteomusculares** que tienen alta incidencia y producen discapacidad. En séptimo lugar se encuentran las **deficiencias nutricionales**, luego las **infecciones respiratorias** en octavo lugar, y las enfermedades infecciosas y parasitarias en noveno lugar.

Las atenciones médicas son, en su mayoría por enfermedades diarreicas agudas y por infecciones respiratorias agudas, asociadas a una mayor cantidad de neumonías y muertes en la niñez y en la población adulta mayor; junto con ello se reporta un aumento de las atenciones por enfermedades no transmisibles.

Además, se reporta una prevalencia de **hipertensión arterial** de 34,4% en la población de 60 años o más, siendo más alta en hombres (34,8%) que en mujeres (33,9%). En el caso de **diabetes** tipo 2, la prevalencia encontrada en la población de 60 años o más fue de 9,0%, siendo más alta en mujeres (10,0%) que en hombres (8,0%).

Con respecto a la carga de **enfermedades transmisibles**, en el 2012 se reportaron 26 794 casos de todas las formas de **tuberculosis** (TB), correspondiente a una tasa de incidencia de 88,9 por 100 mil habitantes. Alrededor de 60% de los casos de TB se concentran en Lima y Callao. Los departamentos con mayor tasa de incidencia, fuera de Lima, son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica. Lima y Callao reportan alrededor del 82% de casos de TB multidrogorresistente (TB MDR) y 93% de casos TB extensamente resistente (TB XDR). Si bien se evidencia una disminución de los casos de TB pan sensible también hay un discreto aumento de los casos de TB MDR y TB XDR.

El Perú ha logrado contener la propagación del **VIH** en la población general. La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual (97% de los casos), seguido por la vertical (2%) y la parenteral (1%). En la última década, la razón de masculinidad se ha mantenido estable en el orden de 2,7 a 3,0. Sin embargo, la vigilancia epidemiológica alerta sobre un incremento de la incidencia de casos en la población más joven de HSH (hombre que tiene sexo con hombre), la elevadísima prevalencia que afecta a la población transgénero (especialmente aquella dedicada al trabajo sexual) y a las trabajadoras sexuales que no acceden al sistema de salud.

El Perú ha alcanzado importantes logros en el control de la **malaria**. En los últimos años se ha producido una significativa disminución de la tasa de morbilidad atribuida a diversos factores, como la implementación de iniciativas exitosas en prevención y control de la

malaria, el financiamiento del Fondo Mundial para la Iniciativa Regional iniciada en 2005 y el cambio climático. A pesar de ello, Loreto aporta aún más del 50% del total de casos de malaria en el Perú.

En relación a las **enfermedades prevenibles por vacunas** desde el año 2000 no se reportan casos de **sarampión** por virus endémico y desde el 2007 tampoco se reportan casos de **rubéola y Síndrome de Rubeola Congénita**. En el año 1991 se notificó el último caso de **poliomielitis** por virus salvaje. La **tos ferina** es una enfermedad de comportamiento endémico y periódicamente se reporta un incremento de casos más allá de lo esperado.

Para la protección de estas enfermedades el Ministerio de Salud reporta coberturas en niños de 18 a 29 meses de 83,3% para Difteria, Tétanos y Tos Convulsiva; 86,0% para vacuna oral para Polio; 89,5% para Sarampión y 94,3% para BCG/Tuberculosis. Sin embargo, estos promedios nacionales ocultan la variabilidad de cobertura entre las regiones. Se debe señalar que el país está modificando su esquema de vacunación y plantea cambiar de vacuna oral a vacuna intramuscular para Polio, así como fortalecer la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Las medidas de vigilancia, prevención y control establecidas como parte del cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional han permitido identificar brotes de peste, rabia, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, fiebre de Mayaro, entre otras **enfermedades desatendidas y zoonóticas**.

Se han producido brotes de dengue en los departamentos de la Amazonía Peruana, así como en la costa norte. Estos brotes están relacionados al alto índice de infestación por el *Aedes aegypti*, y al turismo y comercio interno procedentes de áreas endémicas. En el año 2012, se reportaron 29 964 casos de **dengue**, alrededor de la mitad de los casos en Loreto y Ucayali, y 41 defunciones. Además, se presentó una disminución de los casos de **leishmaniasis** (n=5 857) en relación a los cinco últimos años, Cusco reporta 16,05% de los casos.

En el 2012, se reportaron 10 casos de **rabia humana silvestre**. Asimismo, casos de rabia humana en áreas urbanas de algunos departamentos. Igualmente se registró un brote de **leptospirosis**, reportándose seis veces más casos (n=1 885) que en el 2011, en 16 departamentos del país. Este mismo año se reportaron nueve casos confirmados de fiebre amarilla, cifra menor que la presentada en los dos años previos, procedentes de departamentos de la Amazonía Peruana. Para este mismo año, se han registrado 47 casos de enfermedad de **Chagas**, cerca de la mitad de los casos reportados en el 2011.

2.3.2 La salud a lo largo del ciclo de vida

En las últimas décadas ha mejorado **la salud en la niñez**, producto de la implementación de programas específicos de salud focalizados a este grupo de población. La mortalidad infantil ha disminuido de 55 por 1000 nacidos vivos a inicios de la década de los 90 y a 16

en el 2013, mientras que la mortalidad de la niñez pasó de 78 a 21 por mil nacidos vivos en el mismo periodo, aunque aún es alta en el contexto de la región de las Américas.

En el 2013 en relación a la **salud de los adolescentes** se ha reportado que el 13,9% de las mujeres entre los 15-19 años se han embarazado, siendo más frecuente en las adolescentes de la selva (23,7%) y con educación primaria (36,2%). El uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15-19 años es bajo alcanzando 27%, sin embargo este porcentaje aumenta a 74% en mujeres unidas. En relación a infecciones de transmisión sexual, 53,2% de las adolescentes no conocen de ellas.

Con respecto, a la **salud sexual y reproductiva** se observa un avance en la reducción de brechas en fecundidad, mortalidad y otras variables demográficas. La tasa global de fecundidad fue de 2,4 hijos por mujer en el 2013, siendo 41,6% más elevada en el área rural que en el urbano.

Las principales causas de morbilidad del **adulto mayor** son las infecciones agudas de vías respiratorias, enfermedades crónico degenerativas (hipertensión arterial, poli artropatías, artrosis, diabetes mellitus) y neuropsiquiatrías. Sólo el 25% de la población adulta mayor tiene acceso a algún seguro de salud y representan el 5% de las atenciones brindadas por los servicios públicos de salud.

2.3.3 La salud de grupos de población vulnerables

En el Perú existen alrededor de 80 etnias y 57 lenguas andinas y amazónicas habladas por más de 4 millones de habitantes. El 26% de esta población tiene entre 3 y 17 años. El estado de **salud de los pueblos indígenas** es muy diferente al de las poblaciones no indígenas, por ejemplo, en el año 2009 la desnutrición crónica en menores de 5 años era hasta 2,5 veces mayor que el promedio nacional, en los departamentos con mayor población indígena (Cusco, Huancavelica, Pasco, Apurímac, Ayacucho). El 21,8% de las adolescentes indígenas ha experimentado la maternidad, alcanzando hasta el 44% en la etnia Ashaninka Amazónica. Si bien el promedio nacional de atención profesional del parto ha mejorado sustantivamente hasta alcanzar 85%. Este porcentaje disminuye a alrededor de 60% en gestantes aimaras y quechuas y hasta el 16% en algunas comunidades amazónicas lo que incrementa sustantivamente el riesgo de muerte materna y perinatal.

Se estima que 3,26 personas por 100 mil habitantes presentan algún tipo de **discapacidad**. De este grupo la discapacidad por retraso mental es la más significativa con 1,20; luego se encuentran la discapacidad físico-motora con 0,82; la visual con 0,4; la mental con 0,33; la mixta con 0,22 y la auditiva con 0,21. La discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria en el grupo de mayores de 60 años afecta a 52,27 por 100 mil habitantes, según el estudio SABE, realizado por la OPS/OMS.

2.3.4 Mortalidad general, infantil, en la niñez y materna

La tasa de **mortalidad general**, estimada para el período 2010-2015, fue de 5,52 defunciones por mil habitantes; mientras que en el quinquenio previo alcanzó a 5,42. Las tres regiones que reportan las tasas más altas son: Puno (7,01); Apurímac (6,76) y Cusco (6,75).

La tasa de **mortalidad infantil** estimada para el 2013 fue de 16 defunciones por cada mil nacidos vivos. Las tasas más elevadas se presentaron en el área rural (24 defunciones), en la sierra (25 defunciones), en las madres con menor educación (34 defunciones) y en el quintil inferior (26 defunciones). Las regiones con mayor mortalidad infantil fueron Puno, Loreto y Cusco con 40, 38 y 35 defunciones por mil nacidos vivos, respectivamente.

En relación a la **mortalidad en la niñez** (menores de cinco años) la tasa estimada para el año 2013 fue de 21 defunciones por cada mil nacidos vivos. De manera similar que en el indicador previo, se encuentra mayor mortalidad en el área rural (32 defunciones), en la sierra (30 defunciones), en las madres con menor educación (46 defunciones) y en el quintil inferior (34 defunciones). En relación a las causas involucradas, la mayor proporción está dada por causas perinatales (58,93%) y por las infecciones respiratorias agudas (26,97%). Entre las regiones con mayor mortalidad en la niñez se encuentran, Loreto y Puno con 46 y 44 defunciones de menores de 5 años por cada mil nacidos vivos, respectivamente.

La tasa de **mortalidad materna** promedio calculada para el período 2004-2010 fue de 7,6 muertes por cada 100 mil mujeres en edad fértil, mientras que la razón de mortalidad materna fue de 93 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Ambos datos muestran una disminución importante en los años recientes, asociada a un incremento de la atención prenatal por profesional de salud calificado (96,0%), la atención de parto en un establecimiento de salud (86,8%) y por un profesional de salud calificado (86,7%); así como, al incremento del control postnatal en los primeros dos días (93,1%). Sin embargo, todavía persisten grandes brechas entre el área urbana y rural.²²

2.3.5 Indicadores de salud

En el Anexo 1 se presenta una tabla de indicadores de situación de salud que muestran datos provistos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática y la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud actualizados al 2013.

En la siguiente tabla se resumen algunos datos:

²² Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (MINSa/DGE). [Internet] *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Lima: MINSa/DGE, 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSa-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

Tabla 1. *Indicadores de salud*

Indicador	Valor
Esperanza de vida al nacer global (años)	74,1
TB todas las formas (casos)	26,794
TB tasa por 100 000 hab.	88,9
SIDA tasa por 100 000 hab.	3,3
Neumonía en menores 5 años tasa por 1 000 hab.	10,6
Desnutrición crónica OMS (%)	18,1
Gestantes adolescentes (%)	13,2
Mortalidad materna. Razón por cada 100 000 nv (2004-2010)	93
Mortalidad en la niñez (<5 años). Tasa por cada 1 000 nv	21
Mortalidad infantil (<1 año). Tasa por cada 1 000 nv	17

Fuente: INEI y MINSA / DGE.

2.4 Respuestas nacionales para superar los desafíos sanitarios

En el proceso de implementación de las políticas nacionales para el desarrollo se han producido incrementos presupuestales significativos asignados al sector educación, salud, vivienda y desarrollo urbano, trabajo, saneamiento y desarrollo agropecuario.

En el 2011, se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) con el mandato de diseñar, coordinar y conducir las políticas y estrategias encaminadas a reducir la pobreza, disminuir las brechas e inequidades sociales y la vulnerabilidad. El MIDIS orienta el Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS) para la articulación intergubernamental e intersectorial en la lucha contra la pobreza.

La Estrategia Nacional “Incluir para Crecer” articula la política social del Estado para mejorar la eficiencia de los programas sociales y la descentralización. Incide en derechos básicos a través del programa JUNTOS, el Seguro Integral de Salud y el abordaje de la desnutrición crónica materno-infantil como resultado sanitario principal.

El presupuesto destinado a programas de inclusión social (Juntos, Pensión 65, Cuna Más, Beca 18, entre otros) alcanzó el año 2012 S/. 13 749 millones, duplicando lo ejecutado en 2010 (S/. 6 308 millones). Estos montos sumados a los destinados a los sectores salud y educación (S/. 32 029 millones) alcanzan cerca del 42% del presupuesto contemplado para el 2013.

En relación al compromiso con los ODM y la “Declaración del Milenio”, el Perú ha informado periódicamente de los avances. Con respecto a los ODM relacionados a la

salud, se presenta a continuación el avance alcanzado, de acuerdo al *Tercer Informe nacional de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, emitido por Naciones Unidas y el Gobierno Peruano.²³

- *ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre:* La meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza extrema, ya ha sido cumplida entre 2006 y 2007, mientras que la meta de pobreza ha sido alcanzada entre 2011 y 2012 (la pobreza pasó de 54,4% a 25,8%, mientras que la pobreza extrema se redujo de 23% a 6%). En el año 2013 la pobreza afecta al 23,9% de la población del país, que comparada con el año 2012 disminuyó en 1,9 puntos porcentuales.²⁴
- *ODM 4: Reducir la mortalidad en la infancia:* El país ha mostrado un avance sostenido y significativo en la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez (16 y 21 por cada mil nacidos vivos, respectivamente), habiendo alcanzado ambas metas, seis y cinco años antes del plazo señalado.
- *ODM 5: Mejorar la salud materna:* El país se encuentra en una posición favorable para alcanzar la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (se requiere una reducción adicional de 29%). Con respecto a la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos tuvo un progreso significativo durante la década de los 90 que no continuó después del 2000.
- *ODM 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades:* Con respecto a la meta de haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/Sida, las cifras de prevalencia en la población general y entre gestantes de 15-24 años se han mantenido en menos del 1% desde 1996 hasta la actualidad.

En relación a las **políticas, estrategias o planes nacionales de salud** se destaca la Resolución Suprema N° 001-2013-SA del 8 de enero del 2013 en el que la Presidencia de la República encarga al Consejo Nacional de Salud (CNS) la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.²⁵

²³ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [Internet] *Perú: Tercer Informe nacional de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Disponible en:

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/ONU-3er-Informe-Cumplimiento-ODMs.pdf>

²⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [Internet] Nota de prensa. N° 065 – 02 mayo 2014.

Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/nota-de-prensa-n065-inei-2014.pdf

²⁵ Ministerio de Salud (MINSa). [Internet] *Resolución Suprema N° 001-2013-SA. Encargan al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RS001_2013_SA_EP.pdf

En junio del 2013, el Consejo Nacional de Salud presentó los *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*²⁶, orientados hacia la cobertura universal de la protección social en salud, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.

Los principales retos que estas medidas proponen abordar son: a) extender mejoras en el estado de salud de toda la población, b) instaurar una cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad, c) avanzar hacia un sistema al servicio de la población y d) aliviar la carga financiera.

En este marco, el Ministerio de Salud deberá ejecutar acciones en tres ejes complementarios: 1) la protección de la población frente al riesgo de enfermedad, fortaleciendo sus actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control epidemiológico, gestión de riesgos y mitigación de daños; 2) la protección del usuario para garantizar la efectividad, oportunidad y seguridad en prestaciones, ejerciendo una regulación eficaz y una supervisión y gestión de los recursos; y 3) la protección financiera frente a las consecuencias económicas de las enfermedades y accidentes, fortaleciendo el sistema de financiamiento para aminorar el gasto de bolsillo de la población.

Las principales orientaciones y acciones de política, en materia regulatoria, financiera, prestacional y de gestión se proponen en 12 Lineamientos de reforma del sector salud y en 32 Propuestas de Mandato de Política.

El Congreso de la República mediante la Ley N° 30073²⁷ delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. En este contexto se publicaron 23 Decretos Legislativos relacionados con la reorganización del Ministerio de Salud y sus órganos públicos, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, la modernización de la gestión de las inversiones públicas en salud, las políticas de remuneraciones, extensión de la cobertura de protección financiera en salud y el fortalecimiento del financiamiento.²⁸

²⁶ Ministerio de Salud (MINSA). [Internet] *Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud*. Lima, julio 2013. Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

²⁷ Congreso de la República. [Internet] *Ley N° 30073. Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/30073.pdf>

²⁸ Ministerio de Salud (MINSA). [Internet] *Normatividad de la Reforma del Sector Salud*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/normatividad.html>

2.5 Los sistemas y servicios de salud, y la respuesta de otros sectores

El gasto nacional en salud en Perú como porcentaje del PBI en 2012 fue del 5,3% siendo uno de los más bajos de la región de las Américas.

La principal fuente de **financiamiento de los servicios de salud** lo constituyen los hogares que en el 2012, financiaron el 39% del gasto total. Alrededor del 97% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa mediante el gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo lo cual genera inequidades debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos de pagar por ellos.²⁹

El Gobierno y los empleadores son los financiadores que siguen en importancia con 30,7% y 30,5% del gasto en salud, respectivamente. El gasto del Gobierno se vincula con los recursos aportados por los impuestos generales, que el tesoro público asigna al sistema de salud para subsidiar, total o parcialmente, sus servicios. Sin embargo, con el avance del proceso de descentralización se ha incrementado el peso del gasto de los gobiernos regionales. En este contexto, en el 2001 el gasto del MINSA representaba un 64% del gasto en salud del sector Gobierno, y en el 2009 se observa que el Gobierno nacional y los gobiernos regionales poseen similares participaciones dentro del gasto en salud, implementado desde el gobierno.

En el 2011 de los S/. 7,8 mil millones (1,6% del PBI) del gasto total del sector público, un 51,5% lo ejecutó el Gobierno nacional, 45,1% los gobiernos regionales y 3,4% los gobiernos locales. La distribución de este gasto por departamento también revela que un 44,8% se concentra en Lima, mientras que el resto de las localidades tiene participaciones inferiores al 4%.³⁰

La **prestación de servicios de salud** está fundamentalmente dada por los establecimientos del Ministerio de Salud, gobiernos regionales, Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, establecimientos municipales y establecimientos privados.

Los establecimientos del subsector público están organizados por niveles de complejidad y en redes que se complementan en su capacidad de resolución, lo que ha sido potenciado por la descentralización. En la década pasada, se inició la implantación del Modelo de Atención Integral de Salud en el país, el cual incluye un conjunto de prestaciones preventivo-promocionales y recuperativas según ciclo de vida. Si bien ha habido algún progreso en su implementación, la atención en los servicios de salud del MINSA continúa

²⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Internet] *Salud en las Américas*, 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/>

³⁰ Organización Internacional del Trabajo (OIT). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_213905.pdf

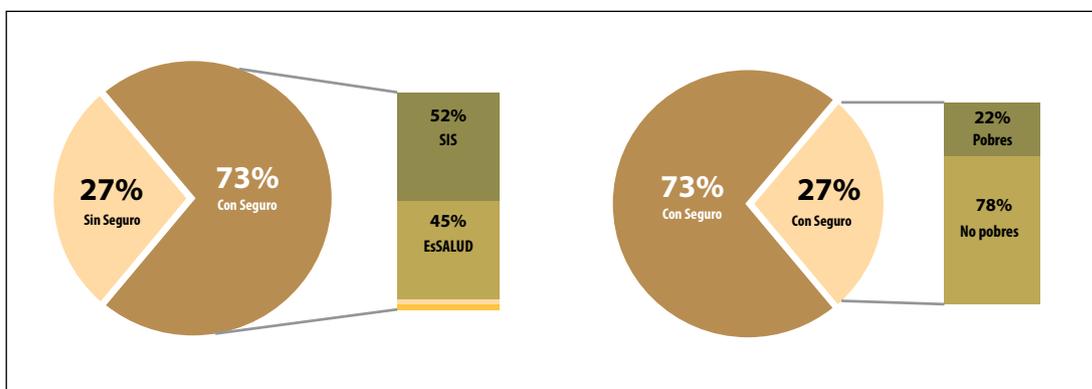
siendo principalmente recuperativa. Las competencias de salud transferidas por el proceso de descentralización a los gobiernos regionales están todavía en proceso de apropiación e implementación.

Un elemento crítico en el sistema peruano es el déficit y la mala distribución de los recursos humanos en salud, todavía altamente concentrados en la costa y entornos urbanos, principalmente Lima con alrededor del 70% de médicos y otros profesionales de la salud, presentándose una doble brecha, tanto de médicos para el primer nivel (especializados en Salud Familiar y Comunitaria) como de especialistas para la red hospitalaria (psiquiatras, pediatras, anesestesiólogos, neurólogos, cardiólogos) de segundo y tercer nivel, en particular en las regiones. El déficit global de profesionales se calcula en alrededor de 8 000 médicos especialistas.

En el 2012, el **aseguramiento en salud** alcanzó el 73% de afiliación de la población, duplicando el porcentaje de la década previa (Gráfico 1). Este crecimiento constituye uno de los más dinámicos de la región de las Américas.

El Seguro Integral de Salud (SIS) representó el 52% del total de asegurados; mientras que el Seguro Social de Salud (EsSALUD) constituyó el 45%. Sin embargo, es necesario precisar que estos dos tipos de aseguramiento presentan importantes diferencias en cuanto a protección financiera, prestaciones, así como infraestructura, cantidad y calidad del recurso humano disponible por lo que se considera que la segmentación y la fragmentación constituyen retos importantes a resolver.

Gráfico 1. *Distribución de la población según condición de aseguramiento, 2012*



Fuente: Ministerio de Salud, 2013

La reforma sectorial, en curso de implementación, plantea importantes acciones orientadas a la reducción progresiva de la segmentación y fragmentación del sistema de salud. Entre las medidas ya iniciadas destacan el intercambio de prestaciones entre el SIS/MINSA/EsSALUD con el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL), el fortalecimiento de la rectoría del MINSA y la implementación de modalidades de

transferencias presupuestales orientadas a mejorar la calidad del gasto en Salud como el Presupuesto por Resultados (PPR).

En el marco de la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) se establece la formación y funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, Consejos Regionales de Salud, y Consejos Provinciales y Locales de Salud. Estos constituyen espacios de coordinación y concertación en los que se ha logrado la **participación ciudadana** en temas de salud.

El Ministerio de Salud ha promovido desde hace 15 años, la constitución y funcionamiento de los Comités Locales de Administración de Salud a partir del Programa de Administración Compartida que actualmente administran 2 152 establecimientos que constituyen 32% de los establecimientos de primer nivel de atención en todo el país. Esta modalidad de administración consiste en desconcentrar la asignación y gestión de los recursos del servicio de salud con una participación activa de representantes y autoridades locales.

Entre la **respuesta de otros sectores**, se destaca la implementación del Programa JUNTOS del MIDIS que utiliza transferencias monetarias condicionadas para cortar el círculo intergeneracional de la pobreza y se concentra en la reducción de la desnutrición crónica infantil. El Programa apunta a la reducción de la pobreza en un largo plazo y al crecimiento y desarrollo del capital humano. Actualmente se encuentran 638 distritos incluidos, focalizando hogares con niños menores de 14 años y gestantes. Tiene tres mecanismos de intervención: transferencia monetaria, información y comunicación, y facilitación de la coordinación intersectorial entre salud, educación y otros sectores.

La Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Infantil es una estrategia marco, constituida por OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Instituto de Salud Nutricional y otras ONG. Este es un mecanismo de coordinación y articulación, así como una alianza para la abogacía y la incidencia política. En este sentido, el país trabaja para la reducción de la desnutrición infantil, también con estrategias conjuntas intersectoriales, a través del Programa Articulado Nutricional (PAN).

En el 2012 se creó la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, adscrita al Ministerio de Agricultura, quien elaboró la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el período 2012-2021.

Asimismo, en el 2012 se creó el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) que tiene como propósito brindar servicio alimentario con complemento educativo a niños y niñas matriculados en instituciones educativas públicas del nivel inicial y primaria, a fin de contribuir a mejorar la atención en clases, la asistencia escolar y los hábitos alimenticios, promoviendo la participación y la corresponsabilidad de la comunidad local. Este programa es de carácter universal y brinda alimentación a niñas y niños de educación inicial (a partir de los 3 años) y primaria, priorizando las zonas de mayor pobreza con dos raciones diarias.

Numerosos municipios distritales han incorporado acciones vinculadas a la promoción, prevención y recuperación de la salud, como la estrategia de Municipios y Ciudades Saludables. El Municipio Metropolitano de Lima viene fortaleciendo la Subgerencia de Gestión Sanitaria, dentro de la Gerencia de Desarrollo Social, para mejorar el ejercicio de la autoridad sanitaria metropolitana.

2.6 Aportes del país al programa de acción sanitaria mundial

El Perú ha desarrollado experiencias sustantivas en diversas áreas de la salud pública, siendo susceptibles de aportar al conocimiento y desarrollo sanitario de otros países entre las que se destacan:

- *Enfrentamiento de brotes de cólera.* Apoyo técnico en los brotes de cólera en Haití y República Dominicana.
- *Contención de la expansión del dengue.* Experticia en control vectorial y manejo de casos (compartido con Bolivia, Ecuador y Brasil).
- *Desarrollo del Programa de Control de TB.* El Programa peruano ha sido tomado como referencia a nivel regional y mundial, en particular por sus éxitos asociados al tamizaje, tratamiento supervisado (estrategia DOTS) y fortalecimiento de la red de laboratorios.
- *Aseguramiento público.* Extensión acelerada de la cobertura de aseguramiento. El Perú ha casi triplicado en poco más de una década el porcentaje de población afiliada a algún sistema de aseguramiento, alcanzando 73% en el 2012. Esta experiencia ha demandado esfuerzos financieros, administrativos y organizacionales que son susceptibles de analizar y tomar en cuenta por países en procesos similares como Bolivia, Ecuador, Colombia.
- *Reducción de la desnutrición crónica infantil.* El Perú se ubica entre los tres países de las Américas que más rápidamente viene reduciendo la desnutrición infantil, aun cuando las brechas interdepartamentales persisten muy amplias. Este y otros elementos son también susceptibles de intercambio y referencia.
- *Reducción de la mortalidad materna.* Iniciativas extendidas ampliamente como las casas de espera maternas y la adecuación intercultural del parto han incrementado rápidamente la cobertura del parto institucional y como consecuencia de ello, la reducción a casi un tercio de la razón de mortalidad materna en la última década.
- *Enfrentamiento de emergencias y desastres.* Perú es afectado frecuentemente por eventos adversos vinculados a sismos, inundaciones y sequías asociadas a su ubicación en el Cinturón de Fuego del Pacífico, al Fenómeno del Niño y el calentamiento global. La experiencia nacional vinculada a la preparación, enfrentamiento y mitigación es amplia y extensa, lo que podría ser compartida y revisada.

2.7 Semejanzas con otros países

El Perú ha experimentado recientemente un período prolongado y continuo de crecimiento económico, que lo ha posicionado como país de renta media alta, al igual que Colombia y Ecuador. En esta clasificación los países de renta media alta tienen más capacidades financieras y humanas para enfrentar sus desafíos de desarrollo. Sin embargo, tanto a nivel socioeconómico, político como ecológico mantienen muchas debilidades.

El crecimiento económico no se ha acompañado de un desarrollo social inclusivo u homogéneo. La desigualdad e inequidad no han disminuido a la misma velocidad y se mantienen grupos importantes de la población rural, indígena, andina y amazónica principalmente, que no ha mejorado sustantivamente su acceso a necesidades básicas en salud, agua, saneamiento, educación, vivienda, etc.

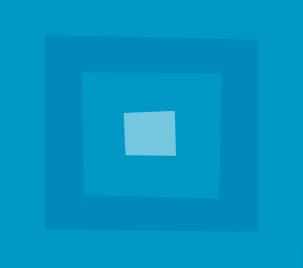
Teniendo en cuenta los indicadores sociales y de salud, el Perú se acerca aún a países de renta media baja como Bolivia, Paraguay y Guatemala. Igualmente su sistema de salud permanece altamente segmentado y fragmentado, con gran déficit de recursos humanos y financieros. Además, se requiere fortalecer su rectoría, así como sus sistemas de información y el desarrollo de tecnologías e investigación.

2.8 Resumen de la Sección 2

Logros y principales desafíos sanitarios clave
Logros u oportunidades
<ul style="list-style-type: none">• Reducción de la Mortalidad Infantil (17 por 1000 nacidos vivos) y Mortalidad Materna (93 por 100 000 nacidos vivos), ENDES 2013.• Reducción de la Desnutrición Infantil (17,5%), ENDES 2013.• Reducción de la RMM de 164 por 100 000 n.v. en el 2005 a 93 por 100 000 n.v. en el 2010.• Incremento de la cobertura de aseguramiento (73%) en el 2012.• Reducción de la morbilidad por enfermedades transmisibles (malaria, TB).• Mantenimiento de coberturas de protección en el PAI superiores al 85%.• Crecimiento del presupuesto público destinado a salud de 5,5% en el 2002 a 9,2% en el 2013.• Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud a través de iniciativas legislativas y de trabajo coordinado con el CNS para la formulación de los lineamientos y medidas de reforma del sector salud.• Inclusión de la Atención Primaria de Salud (APS) con enfoque familiar y comunitario en la política de salud del país y en los lineamientos y medidas de reforma del sector salud.

Desafíos

- Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud.
- Formulación de los lineamientos, mandatos y reglamentación de la reforma de salud con especial énfasis en financiamiento en salud, política remunerativa y redes integradas de servicios de salud.
- Promover la cobertura sanitaria universal mediante el fortalecimiento del acceso a servicios de salud.
- Profundización del enfoque APS y RISS en los niveles regionales de salud bajo la rectoría del MINSA.
- Incremento del presupuesto en salud.
- Mejoramiento de la dotación del recurso humano en salud y su distribución a nivel nacional superando las brechas de especialistas en los servicios de salud.
- Mejoramiento de la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud.
- Promover la investigación, desarrollo e innovación en salud.
- Fortalecimiento de la gestión del riesgo de desastres en los niveles regional y local con enfoque en prevención y reducción de riesgos.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y en el análisis de la situación de salud.
- Prevención y control de las enfermedades transmisibles (TB, malaria, dengue, VIH/Sida, chagas, peste), emergentes, reemergentes y desatendidas.
- Prevención y control de las enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer) y accidentes.
- Formulación, ejecución y evaluación de políticas, estrategias integrales y planes nacionales, así como su articulación con la agenda de salud.
- Mejorar el alcance y sostenibilidad de las capacidades básicas para el RSI.
- Mejorar la salud y el desarrollo de la niñez y la adolescencia.
- Reducción de brechas de los indicadores de morbimortalidad y nutrición materno-infantil al interior del país y entre los diferentes quintiles de ingresos.
- Garantizar la equidad en la cobertura de vacunación en todos los distritos del país y con todas las vacunas.
- Cumplimiento de las 16 observaciones en salud del Examen Periódico Universal (EPU) emitido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas para el Perú.
- Reglamentación de leyes que respalden la implementación del embarazo adolescente.
- Formular y ejecutar políticas, planes, legislación y servicios de salud mental.
- Mejorar la capacidad de respuesta en materia de salud ambiental.
- Lograr armonización y alineación de los diferentes actores con las políticas de agua y saneamiento del Estado.



Sección 3

Cooperación para el desarrollo y alianzas



Sección 3

Cooperación para el desarrollo y alianzas

En el 2000 los países definieron las metas para el 2015, conocidas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, posteriormente en el 2002 firmaron el Consenso de Monterrey, donde fue discutido el financiamiento para el desarrollo y la movilización de fondos destinados a la cooperación técnica desde los países más desarrollados en favor de los menos desarrollados.

Desde ese entonces, el entorno de la ayuda para el desarrollo en el Perú ha presentado grandes cambios derivados de los compromisos de los Foros de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, realizados en Roma (2003), Paris (2005), Accra (2008) y Busán (2011), que han permitido orientar la cooperación internacional con mayor eficacia, armonización y alineación.

La cooperación internacional respeta y reconoce el liderazgo del Perú como país socio para el desarrollo. Reconoce su posición en el escenario internacional como país dual, desde su calidad de país de renta media alta pero que aún mantiene brechas sociales y desigualdades, requiriendo la cooperación de la comunidad internacional para distribuir mejor sus logros entre su población.

Por otro lado, el Perú se encuentra en condiciones de ofrecer ayuda a otros países que puede materializarse en transferencia de recursos, conocimiento o experiencia, denominada Cooperación Sur-Sur o Cooperación Horizontal.

3.1 El entorno de la ayuda para el desarrollo en el país

En el año 2002 se firmó el Acuerdo Nacional, que plantea un conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. Las políticas de Estado están agrupadas en cuatro grandes objetivos: 1) fortalecimiento de la democracia y Estado de derecho; 2) desarrollo con equidad y justicia social; 3) promoción de la competitividad del país; 4) afirmación de un Estado eficiente, transparente y descentralizado.³¹

El Acuerdo Nacional permitió formular 31 políticas de Estado como base para la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro. La décimo tercera política de Estado establece el acceso universal a los servicios de salud y a la Seguridad Social. Para este efecto, las organizaciones firmantes se comprometen a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables.

En el 2011 se aprueba el *Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021*³² elaborado por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico - CEPLAN, que se sustenta en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en las políticas de Estado del Acuerdo Nacional, convirtiéndose en el Plan Nacional de Desarrollo para el Perú. Los seis ejes estratégicos del Plan Bicentenario son: 1) derechos fundamentales y dignidad de las personas; 2) oportunidades y acceso a los servicios; 3) Estado y gobernabilidad; 4) economía, competitividad y empleo; 5) desarrollo regional e infraestructura; 6) recursos naturales y ambiente.

En el Perú, la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) del Ministerio de Relaciones Exteriores, es la institución rectora que orienta y articula la oferta y la demanda de la cooperación internacional no reembolsable de los distintos niveles de gobierno y sociedad civil. Tiene la responsabilidad de conducir, programar, organizar, priorizar y supervisar la cooperación internacional no reembolsable, que se gestiona a través del Estado y que proviene de fuentes del exterior de carácter público y/o privado, en función de la política nacional de desarrollo.

En el 2012 se aprueba la *Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional*³³ con Decreto Supremo N° 050-2012-RE elaborada por APCI, que recoge la reflexión sobre la ayuda eficaz al desarrollo y la concuerda con los documentos sobre políticas nacionales.

³¹ Acuerdo Nacional. [Internet]. Disponible en: [Página web] <http://www.acuerdonacional.pe>

³² Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (CEPLAN) [Internet] *Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021*. Aprobado por el Acuerdo Nacional. Marzo, 2011. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversionfinal.pdf

³³ Agencia Peruana de Cooperación Internacional APCI. [Internet] *Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional*. Noviembre, 2012. Disponible en: <http://www.apci.gob.pe/gestion/atach/PNCTI-2012.pdf>

Esta política contempla cuatro áreas prioritarias que orientan las intervenciones de la cooperación internacional no reembolsable en el país: 1) inclusión social y acceso a servicios básicos; 2) Estado y gobernabilidad; 3) economía competitiva, empleo y desarrollo regional; 4) recursos naturales y medio ambiente.

Según el volumen de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en el 2011, entre las principales fuentes cooperantes destacan Estados Unidos con 25%, Alemania 9% y Japón 8%. Desde el año 1990 la AOD, se incrementó hasta alcanzar su máximo nivel en el año 2010 con USD 136 mil millones. Desde entonces, se experimenta una severa reducción producto de varios factores, entre ellos la crisis financiera internacional y la posición del Perú como país de renta media alta.

La cooperación orientada a América Latina y el Caribe presenta también una tendencia decreciente, disminuyendo de US\$ 11 582 millones el 2011 a US\$ 8 640 millones el 2012.

En el Perú, la cooperación internacional representa el 2% del presupuesto anual del país y el 0,5% del PBI nacional; en consecuencia, es un aporte complementario a los esfuerzos nacionales para el desarrollo. De acuerdo a la APCI, las tendencias actuales de la cooperación internacional en la región sudamericana y, particularmente, en los países de renta media alta se presentan de la siguiente manera:

- Una previsible reducción y/o estancamiento de la Cooperación Norte-Sur;
- El incremento de la Cooperación Sur-Sur y de la Cooperación Triangular; y
- Una diversificación de las modalidades de cooperación, con una mayor participación de la sociedad civil y del sector privado, así como de los gobiernos subnacionales.

3.2 Análisis de los interesados directos

En el Perú la cooperación en salud representa aproximadamente 50 millones de dólares anuales (10% del total de la AOD). De este volumen, en la última década, el 43% correspondió a cooperación bilateral mientras que el 57% estuvo asociado a cooperación multilateral.³⁴

Los principales cooperantes bilaterales al sector salud son Estados Unidos, Unión Europea, España, Italia, Canadá y Bélgica y los principales actores en la cooperación multilateral lo constituyen las Agencias de Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

³⁴ Academia Peruana de Salud. *Historia de la salud en el Perú: Planificación en salud. Cooperación internacional*. Volumen 22. Lima: Academia Peruana de Salud, 2008.

USAID con el 33% de la ayuda bilateral, ha concentrado sus proyectos y programas en mejorar la oferta de servicios en salud reproductiva, ayudar al control de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, la gestión ambiental y promoción de la salud.

La Unión Europea con un 25% del aporte bilateral en la década pasada, ha estado concentrada en iniciativas de reforma del sector salud y en el apoyo presupuestario a las regiones más pobres del país (Huancavelica, Ayacucho, Apurímac). Bélgica ha aportado recursos para el incremento de la cobertura del SIS en el trapezio andino brindando apoyo presupuestal y desarrollo de mecanismos prospectivos de pago a proveedores.

En relación a la cooperación financiera a través de agencias multilaterales, los volúmenes mayores corresponden al Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Un actor multilateral mixto de gran presencia es el Fondo Global para VIH/SIDA, TB y Malaria con proyectos de envergadura tanto por el monto de inversión como por el área de intervención.

Las Agencias de Naciones Unidas en conjunto representan cerca del 20% de la AOD para salud. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha estado orientado a la mejora de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva, y la movilización de apoyo social hacia políticas que promuevan el acceso de la población a servicios diferenciados de salud reproductiva. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) apoya el acceso a servicios materno-perinatales para contribuir al logro de las metas propuestas por el Plan de Acción por la Infancia y reducir la mortalidad materna e infantil. Igualmente, apoya la educación universal infantil, la promoción de los derechos del niño, adolescentes y mujeres.

El ORAS/CONHU como Organismo de Integración Subregional, coordina y apoya los esfuerzos que realizan los países miembros, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos. Las líneas de acción de los seis objetivos estratégicos, que desarrolla son: integración en salud, escudo epidemiológico, acceso a medicamentos, recursos humanos, determinantes sociales de salud y sistemas universales de salud

Por su parte, la cooperación privada no oficial implementa proyectos a través de diversas ONG, como Catalyst, Médicos sin Fronteras, Plan Internacional, PRISMA, SAMU Internacional entre otras. Cabe resaltar la progresiva importancia que la cooperación privada ha empezado a cobrar y su tendencia creciente para los próximos años.

3.3 Coordinación y eficacia de la ayuda en el país

Por iniciativa del Ministerio de Salud, se ha intensificado en los dos últimos años la coordinación de la cooperación en salud, habiéndose instalado un espacio denominado Mesa de Cooperantes en Salud en la que participa socios bilaterales y multilaterales de cooperación en salud. Entre los más activos son: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, USA, BM, BID, Bélgica, Canadá, España, Italia, Corea y Japón.

Actualmente la Presidencia de la Mesa la ejerce la Oficina General de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud, y la Secretaría Técnica es asumida por la Cooperación Belga. Como soporte, se encuentra un Comité de Apoyo conformado por OPS/OMS, BM, Italia y Bélgica. Este espacio, inicialmente concentrado en el intercambio de información y discusión de documentos de política sectorial (lineamientos de reforma) viene evolucionando a un espacio de armonización y diálogo de políticas. Se ha logrado institucionalizar este espacio a través del desarrollo de un plan de trabajo para el período 2013-2014.

3.4 Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el Perú (MANUD)

El MANUD 2012-2016 es el tercer marco de cooperación elaborado en el país. Este instrumento estratégico de cooperación organiza la cooperación del Sistema de Naciones Unidas en el Perú en torno a cinco áreas de desarrollo, 13 efectos directos y 44 indicadores³⁵. Además, reconoce los logros del país y enfatiza la urgente necesidad de que el crecimiento económico se traduzca en desarrollo social equitativo.

Las áreas de desarrollo y los efectos directos (ED) relacionados con la salud en las que OPS/OMS en colaboración con el equipo de coordinación de las Naciones Unidas contribuye para obtener resultados sanitarios son los siguientes:

- **Área de desarrollo 2: Gobernabilidad democrática**

ED 3. El Estado en sus tres niveles de gobierno cuenta con una administración pública capaz de diseñar e implementar una gestión descentralizada con un mayor nivel de articulación eficiencia y equidad, y con un mayor compromiso en la lucha contra la corrupción.

ED 4. La gobernabilidad es fortalecida por medio de la implementación de reformas al sistema político y electoral así como por la formulación e implementación de mecanismos para promover el diálogo y la gestión de conflictos.

- **Área de cooperación 3: Protección social y acceso universal a los servicios sociales**

ED 6. El Estado diseña e implementa un sistema integral multisectorial e intergubernamental de protección social y promoción que promueva la mejora de la salud y la calidad de vida, con énfasis en los grupos en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión.

³⁵ Sistema de Naciones Unidas en el Perú [Internet] *Marco de Asistencia de las Naciones Unidas en el Perú: 2012-2016*. Disponible en: http://www.unep.org/rso/Portals/118/Documents/UNDAFs/ROLAC/Peru_UNDAF_2012-2016.pdf

ED 7. El Estado y la sociedad civil hacen una mejor y mayor difusión, promoción y protección de los derechos humanos, con énfasis en la población en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión.

ED 8. El sistema estadístico nacional y sistemas de información administrativos fortalecidos con integración de variables sociodemográficas de grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión, y enfoque de género.

ED 9. Los tres niveles de gobierno están en capacidad de brindar una mejor oferta y gestión de los servicios básicos y sociales con enfoque de calidad, equidad, igualdad, interculturalidad y articulación intergubernamental.

ED 10. La sociedad civil y las comunidades cuentan con una capacidad fortalecida de veeduría y vigilancia ciudadanas de oferta y calidad de los servicios sociales.

- **Área de cooperación 4: Medio ambiente, cambio climático y gestión del riesgo de desastres**

ED 11. El Estado con la participación de la sociedad civil, el sector privado, las instituciones científicas y académicas habrá diseñado, implementado y/o fortalecido políticas, programas y planes con enfoque de sostenibilidad ambiental, para la gestión sostenible de los recursos naturales y la conservación de la biodiversidad.

ED 12. Capacidades fortalecidas en los tres niveles de gobierno: la sociedad civil, el sector privado y las instituciones científicas y académicas para la integración y transversalización de los procesos de la gestión de riesgo de desastres y de la adaptación al cambio climático en las políticas, planes y programas de desarrollo que permitan reducir las vulnerabilidades e incrementar la resiliencia de la población.

Para su implementación, el Sistema de Naciones Unidas en el Perú adopta el mecanismo de los Grupos Temáticos (GT) para cada una de las áreas de cooperación del MANUD. Sus principales acciones son la coordinación a cargo de las Agencias, Fondos y Programas del SNU; la supervisión, monitoreo y evaluación de dicha implementación y sus resultados; la identificación de desafíos, brechas y oportunidades de desarrollo de capacidades, Programas Conjuntos (PC) y movilización de recursos; y la identificación de buenas prácticas y lecciones aprendidas.

Cada GT está coordinado por una Agencia líder del SNU. UNFPA y OPS/OMS lideran el Área de Cooperación 3, en el que se han identificado tres temas prioritarios: a) salud materna neonatal, b) violencia basada en género, y c) seguridad alimentaria y nutricional.

Los avances e iniciativas más importantes en el marco del MANUD en Perú se han producido en relación a género, salud, preparación para desastres, interculturalidad, agua y saneamiento e incremento de recursos presupuestales para grupos vulnerables. Una

atención especial se ha concretado en el desarrollo de Programas Conjuntos: Infancia, nutrición y seguridad alimentaria; cambio climático y VIH.

3.6 Red de relacionamiento estratégico

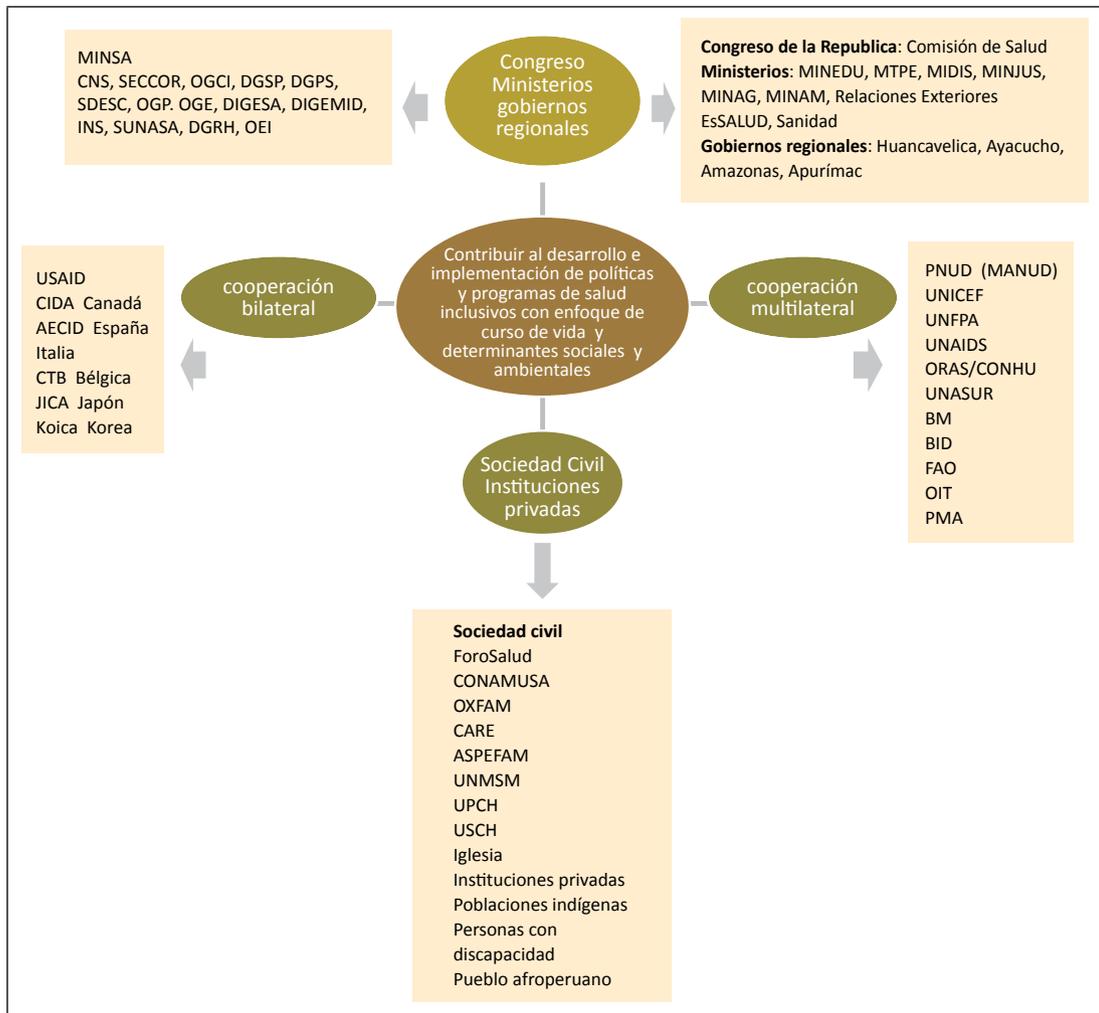
En el Gráfico 2 se muestra la amplia y compleja red de relacionamiento estratégico de la Oficina de OPS/OMS en el Perú, con socios que incluyen no solo al Ministerio de Salud, sino también a EsSALUD, y otros ministerios vinculados a los determinantes sociales, como el Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de Inclusión Social (MIDIS), Ministerio del Ambiente (MINAM), Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), Ministerio de Agricultura (MINAG), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUS) y el Ministerio de Relaciones Exteriores. Asimismo, se mantiene diálogo con el Congreso de la República, gobiernos regionales y gobiernos locales.

En relación a la cooperación bilateral, los socios más cercanos a OPS/OMS actualmente son: Canadá (CIDA), España (AECID, F-ODM), la Comunidad Europea (DIPECHO), USAID, entre otros. Con respecto a la cooperación multilateral se destacan los organismos miembros del MANUD (PNUD, UNFPA, UNICEF, UNAIDS, OIT, PMA, FAO); y otros como, ORAS/CONHU, BID y BM.

El trabajo interagencial y con otros cooperantes se ha fortalecido mediante la implementación del Programa Conjunto de Nutrición y Seguridad Alimentaria (PC ISAN) y mediante la participación en distintos colectivos como el Grupo Impulsor de la Salud Materno Neonatal, la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI), el Colectivo de Salud Neonatal, el Grupo Impulsor de la Reforma en Salud Mental, entre otros.

Los socios vinculados a la sociedad civil, incluyen a ForoSalud, CARE, CONAMUSA, ASPEFAM, OXFAM, Universidades y Colegios Profesionales, habiéndose identificado la necesidad de ampliar e intensificar el relacionamiento con instituciones privadas, la Iglesia y grupos de mayor vulnerabilidad y marginalidad (pueblos indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, pueblo afroperuano).

Gráfico 2. Red de relacionamiento estratégico de la Oficina de OPS/OMS en el Perú



Fuente: Elaboración propia

3.7 Resumen de la Sección 3

Logros y principales desafíos sanitarios clave
<p>Logros u oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avance sustancial en el alcance de las metas de los ODM. • Proceso de reforma del sector salud. • Incremento de oportunidades y necesidades de la cooperación Sur-Sur. • Ampliación de red de relacionamiento estratégico con otros sectores e instituciones. • Mayor diversificación de la cooperación con niveles subnacionales, sociedad civil y sector privado. • Generación y funcionamiento regular de espacios de coordinación, alineamiento y armonización. • Fortalecimiento del trabajo interagencial y con otros cooperantes. OPS ha liderado el Programa Conjunto Interagencial de Nutrición y Seguridad Alimentaria (PC ISAN) y participa activamente de distintos colectivos como la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI), el Grupo de Intervención para la salud materno-neonatal, el Colectivo de Salud Neonatal y grupos especializados del SNU (Grupo Interagencial de Salud Mental, Grupo Interagencial de Género (GTIG), entre otras).
<p>Desafíos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la cooperación bilateral tradicional. • Disminución de las inequidades y desigualdades al interior del país. • Contribuir a una mayor participación y vigilancia ciudadana. • Intensificar enfoques transversales: género, derechos humanos, interculturalidad. • Mayor armonización de la cooperación. • Consolidar los avances en el alcance de las metas de los ODM. • Ampliación de la red de relacionamiento estratégico con otros actores en salud



Sección 4

Cooperación de la OPS/OMS con el Perú durante el ciclo anterior: 2010-2013



Sección 4

Cooperación de la OPS/OMS con el Perú durante el ciclo anterior: 2010 - 2013

La Estrategia de Cooperación del ciclo anterior fue formulada en el año 2009 para el período 2010-2014, sin embargo, en el 2013 se acordó con las autoridades del Ministerio de Salud y la misión externa de la sede de OPS/OMS, elaborar una nueva Estrategia de Cooperación con el País para el periodo 2014-2019, tomando en consideración el contexto político, social y económico actual del país, la evolución de los indicadores nacionales en salud, el proceso de reforma del sector salud y el enfoque de la cobertura universal en salud.

En la presente sección se describe la cooperación de la OPS/OMS en el país durante el periodo 2010-2013 con el objetivo de analizar los principales logros y desafíos, y guiar la elaboración del programa estratégico del siguiente ciclo. Esta información se obtuvo mediante una evaluación externa e interna en la que se consideró concretamente el apoyo de la OPS/OMS y su influencia en la elaboración, ejecución, vigilancia y evaluación de la política, estrategia o plan nacional de salud.

El examen externo nos permitió analizar la influencia y contribución de la OPS/OMS en el acompañamiento de los esfuerzos nacionales para la mejora de la salud de la población, recogiendo principalmente los puntos de vista y percepciones de los interesados directos claves. Mientras que el examen interno nos permitió

analizar el grado de ejecución del programa estratégico del ciclo anterior y su coherencia con los planes de trabajo y la asignación de recursos humanos y financieros.

4.1 Examen de la cooperación de la OPS/OMS con los interesados directos

4.1.1 Reuniones con los interesados directos

En abril del 2013, se acordó con las autoridades del Ministerio de Salud elaborar la Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con el Perú 2014-2019 mediante un proceso amplio y participativo, el cual se implementó durante los meses de mayo y junio del 2013 e incluyó un análisis documentario, desarrollo de talleres y entrevistas individuales que permitieron un diálogo abierto y constructivo con actores claves de la salud en el Perú.

En este proceso participaron autoridades nacionales del gobierno central y gobiernos regionales, organismos de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios, instituciones académicas y centros colaboradores, en total sumaron 113 participantes, lo que permitió identificar y maximizar las sinergias con los asociados para el desarrollo. Asimismo, en la construcción de la ECP participó el personal técnico y administrativo de la OPS/OMS en el Perú y una misión de la oficina central (ver Anexos 3 y 4).

4.1.2 Marco para la recopilación y el análisis de las percepciones de los asociados

Durante el examen externo se obtuvo una apreciación cualitativa respecto de la contribución de la OPS/OMS en relación al:

- Mejoramiento de la apropiación nacional: liderazgo del país y control sobre la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de salud.
- Alineamiento y armonización con las prioridades nacionales de salud y sus contribuciones al cumplimiento de los ODM.
- Las áreas, temas y enfoques donde se requirió la contribución de la OPS/OMS, pero fue insuficiente para alcanzar los objetivos declarados.
- El rol de intermediario entre asociados.
- Las áreas en que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa y en las que debe centrarse, y aquellas en las que no debe involucrarse durante el próximo ciclo de la ECP.

Como base para el diálogo se utilizaron las siguientes preguntas clave:

- ¿Qué deberíamos seguir haciendo, que hacemos bien? ¿Qué intervenciones o aportes más destacados hace la OPS/OMS al sector/país que deberían continuar o fortalecerse?
- ¿Qué deberíamos hacer que no estamos haciendo? ¿Cuáles considera que son áreas o intervenciones potenciales en las que la OPS/OMS podría ampliar su contribución?
- ¿Qué deberíamos dejar de hacer? ¿Qué intervenciones de la OPS/OMS no aportan valor agregado y deberían dejarse de lado?

Entre los elementos identificados más importantes figuran:

a) Intervenciones más destacadas de OPS/OMS que deberían continuar:

Se mencionó la importancia, el valor agregado y ventaja comparativa que la OPS/OMS posee y ha brindado en la provisión de evidencia y experiencias para la formulación de políticas; el respaldo técnico-político en la abogacía de temas cruciales (alimentación saludable, lucha antitabáquica, inmunizaciones); la facilitación del diálogo en espacios bilaterales y multilaterales, intersectoriales, intergubernamentales, con la sociedad civil y el sector privado. Igualmente se destacó el papel muy positivo de la organización en los análisis sectoriales prospectivos y su experiencia y experticia en áreas como enfermedades transmisibles, medicamentos, salud materno-infantil, interculturalidad, salud ambiental y respuesta a emergencias sanitarias.

b) Otras áreas en las que OPS/OMS podría contribuir:

Los asociados e interesados directos manifestaron que OPS/OMS tenía la experiencia y capacidad técnica en la provisión de enfoques para intervenir de manera más intensa en el enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud, especialmente en la facilitación del diálogo con otros sectores. Manifestaron también que la organización debería desarrollar mayor vinculación con el subsector privado y la sociedad civil.

Por otro lado, mencionaron que OPS/OMS podría incrementar sus esfuerzos y apoyo en la racionalización del gasto en el sector, así como prestar apoyo técnico y movilización de recursos para crear capacidad nacional duradera. De modo más específico se identificó áreas tales como reducción de inequidades, desarrollo de pilotos de experiencias nuevas, sistematización y evaluación como temáticas en las que la organización podría incidir y contribuir con mayor énfasis.

c) Intervenciones de escaso valor agregado que la OPS/OMS debiera dejar de implementar:

Se ha identificado la conveniencia de no continuar prestando apoyo de escaso valor estratégico, acciones de asistencia técnica a gobiernos descentralizados sin coordinación con

el gobierno nacional, apoyos logísticos aislados y reducir el número de convocatorias a reuniones internacionales que no estén en el marco de una programación coordinada con la antelación apropiada con el país.

La información obtenida se detalla en el Anexo 2.

4.1.3 Síntesis de los resultados del examen externo

En la tabla 2 se presenta una síntesis de la información obtenida en el examen externo.

Tabla 2. Síntesis de los resultados del examen externo

Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
Contribución de la OPS/OMS al mejoramiento de la apropiación nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS/OMS apoyó al país en la: <ul style="list-style-type: none"> – Formulación de los lineamientos y medidas de reforma del sector salud. – Abogacía en temas cruciales de legislación en salud, por ejemplo: alimentación saludable, lucha antitabaco, inmunizaciones, lactancia materna, etc. – Adaptación y la ejecución de directrices, herramientas, metodologías y fijación de normas.
Concordancia de la OPS/OMS con las prioridades sanitarias nacionales y su contribución al cumplimiento de los ODM.	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS/OMS y otros asociados al desarrollo han acompañado y contribuido con el país para lograr las metas de los indicadores de los ODM: reducción en dos tercios de la mortalidad infantil y reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna (con proyección a alcanzar en el 2015). Asimismo, contribuyó al cumplimiento de los ODM relacionados: género, nutrición, control de TB, VIH/SIDA, malaria y medio ambiente. Por otro lado, el país ha logrado niveles sustantivos de cobertura de aseguramiento en salud (73% de la población en el año 2012). • La OPS/OMS ajustó rápidamente la ECP y los planes de trabajo en el país para responder a los cambios de las demandas en áreas tales como: <ul style="list-style-type: none"> – Cooperación Sur - Sur – Desarrollo de recursos humanos – Enfoque sobre determinantes de la salud – Reducción de inequidades y atención integral de salud – Respuesta a brotes de enfermedades epidémicas (dengue, AH1N1) – Prevención y respuesta ante desastres naturales (terremoto de Pisco, inundaciones)



Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
Armonización de las normas y procedimientos de la OPS/OMS con los del país.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando fue posible y resultaba apropiado, la OPS/ OMS aplicó en sus programas los procedimientos y normas del país relacionados a sistemas nacionales de compras, elaboración de informes financieros, sistemas de vigilancia del país, entre otros.
Áreas en que se necesitaba la contribución de la OPS/OMS, pero esta resultó insuficiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se han identificado áreas en las que se necesita mayor contribución de la OPS/OMS como: <ul style="list-style-type: none"> – Vinculación con el subsector privado, la sociedad civil y participación ciudadana – Racionalización del gasto – Reducción de inequidades – Monitoreo de experiencias nuevas – Sistematización de buenas prácticas – Mayor armonización con otros cooperantes – Evaluación de políticas y estrategias – Gestión hospitalaria y transferencia tecnológica
La OPS/OMS como miembro del equipo del Sistema de Naciones Unidas en el país (SNU).	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS/OMS lideró el trabajo interinstitucional del SNU integrando las prioridades nacionales de salud en el programa de desarrollo y el UNDAF. • La OPS/OMS complementó y no duplicó las contribuciones de otros asociados. • La labor y los planes de trabajo de OPS/OMS tuvieron en cuenta temas transversales como la igualdad de género y los derechos humanos. • El personal internacional permaneció en la Oficina de País un tiempo suficiente para mantener alianzas eficaces.
La OPS/OMS como un intermediario de los asuntos de salud entre los asociados y los distintos sectores.	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS/OMS cumplió el papel de intermediario entre los asociados y los distintos sectores. • La OPS/OMS hizo aportaciones valiosas al diálogo político con el gobierno y los asociados en el sector y entre los distintos sectores. En los planes de trabajo abogó por la salud en todas las políticas. • La OPS/OMS apoyó al gobierno en la movilización de fondos para la salud, la cooperación con las Naciones Unidas y otros asociados (Canadá, Italia, España, BM y BID).

Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
<p>Áreas en que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa y en las que debe centrarse o áreas de las que debe desligarse durante el siguiente ciclo de la ECP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS/OMS ofreció apoyo con arreglo a su mandato, sus funciones esenciales y las circunstancias del país. • Al priorizar las áreas de trabajo tuvo en cuenta las ventajas comparativas de otros asociados en el desarrollo sanitario, por ejemplo: ORAS/CONHU y universidades. • Se han identificado las áreas en que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa, las cuales está apoyando en grado suficiente pero podría incrementarse y concentrarse: <ul style="list-style-type: none"> – Intersectorialidad – Participación social en salud – Redes integradas de salud – Rápida movilización de expertos regionales – Disponibilidad y difusión de información – Sistematización y evaluación – Determinantes sociales • Debe desligarse de intervenciones directas y/o aisladas a municipios y regiones sin valor estratégico, además de brindar soporte logístico aislado y apoyo técnico en áreas que el país cuenta con capacidades suficientes.

4.2 Examen interno

4.2.1 Evaluación interna

En el período 2010-2013 la Oficina de País desarrolló e implementó de manera participativa la Hoja de Ruta para el Desarrollo Institucional fortaleciéndose cuatro componentes: a) la gestión del conocimiento, comunicación estratégica y tecnología de información; b) la gestión basada en resultados, intensificándose la movilización de recursos; c) la gestión de recursos humanos basados en competencias; y d) operaciones, mantenimiento e infraestructura.

La Oficina de País se ha consolidado como sede de asesores regionales y subregionales especializados en salud pública veterinaria; prevención y control de tuberculosis; control de tabaco, desarrollo de recursos humanos en salud; inmunizaciones/vacunas; laboratorios de salud pública. Asimismo, el Perú es sede del Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS) proporcionando cooperación descentralizada a la Región y al Perú.

Para la implementación de los planes de trabajo, la Oficina de País se organizó en cuatro proyectos: 1) vigilancia en salud pública y prevención y control de enfermedades transmisibles; 2) acción sobre los determinantes sociales y ambientales, prevención y control

de enfermedades crónicas no transmisibles; 3) políticas y programas de nutrición y salud familiar y comunitaria; 4) rectoría y universalización de servicios integrados de salud.

La evaluación interna se realizó mediante talleres internos con los miembros del equipo de OPS/OMS en el país y en base al análisis de los Planes de Trabajo 2010-2011 y 2012-2013, evaluaciones semestrales y bienales del desempeño institucional, Informe de Misión para el Análisis de la Hoja de Ruta de Desarrollo Institucional de la Representación en Perú y otros documentos.

4.2.2 Síntesis de los resultados del examen interno

En la Tabla 3 se presenta una síntesis de la información obtenida en el examen interno.

Tabla 3. *Síntesis de los resultados del examen interno*

Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
Coherencia entre las prioridades de la ECP y la política, estrategia o plan nacional de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Las prioridades de la ECP han guardado coherencia con las políticas, estrategias y planes nacionales de salud apoyándolas en el transcurso de dos gobiernos nacionales y tres gestiones ministeriales del sector salud entre el 2010 y 2013. Se apoyó la creación de capacidad institucional en el Perú en todas las prioridades definidas en la ECP, resaltando el trabajo en temas prioritarios para el país.
Coherencia entre las prioridades de la ECP y los resultados relacionados con la salud del MANUD y relaciones con otros asociados.	<ul style="list-style-type: none"> Se resalta la implementación del Programa Conjunto de Nutrición y Seguridad Alimentaria (PC ISAN) y el Programa Conjunto de VIH/sida que permitieron potenciar el trabajo interagencial, reforzando la credibilidad de las iniciativas, abordando los problemas sanitarios desde una perspectiva de determinantes y constituyéndose una posible estrategia para enfrentar la previsible reducción de los recursos disponibles para la cooperación internacional en Perú. La entrega de la cooperación técnica ha sido más efectiva mediante el trabajo articulado con distintos sectores y niveles de gobierno, diferentes colectivos y actores sociales (IDI, Grupo Impulsor, colectivos de Salud Neonatal, Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, CONAMUSA, SNCDS, ForoSalud, entre otros), sociedades científicas y académicas, diversas ONG, la comunidad de donantes y otros socios del desarrollo. Se destaca también la incidencia a nivel del Congreso de la República para la promoción y apoyo de políticas públicas. Es fundamental articular de manera más efectiva el trabajo de OPS con entidades de alta decisión, como el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Intergubernamental de Salud, otros ministerios, así como del sector privado.

Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
<p>Coherencia entre las prioridades de la ECP y la estructura y planes de trabajo de la Oficina de País.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La estructura organizacional se ha mantenido acorde a los planes de trabajo de la Oficina de País para los bienios 2010-2011 y 2012-2013. Asimismo, los recursos regulares y extrapresupuestarios asignados han permitido responder a las prioridades de la ECP. • Se han movilizado fondos de contribuciones voluntarias de varias fuentes lográndose cubrir el monto planificado y financiar todas las actividades propuestas en los planes de trabajo. Se ha logrado una buena ejecución programática y financiera alcanzando los resultados esperados. • La tecnología de la información, la infraestructura y el equipamiento del edificio fueron apropiados para apoyar la ejecución de las prioridades de la ECP y los planes de trabajo.
<p>Coherencia entre las prioridades de la ECP, el presupuesto y las actividades para movilizar recursos humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las asignaciones presupuestarias se vincularon con las prioridades de la ECP y con los resultados esperados de los planes de trabajo a nivel del país, así como los resultados esperados a nivel regional del Plan Estratégico de OPS 2008-2013. • Se resalta la importancia que ha tenido la ejecución de proyectos financiados con contribuciones voluntarias en ámbitos de costa, sierra y selva para visibilizar problemas emergentes y la agenda inconclusa de la ECP, así como fortalecer la articulación y el trabajo interprogramático a nivel de la Oficina de País y con otras instituciones. • La OPS/OMS apoyó al gobierno en la movilización de fondos para la salud mediante la cooperación con las Naciones Unidas y otros asociados. Se destacan la implementación de los siguientes proyectos: <ul style="list-style-type: none"> – Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe (OPS/CIDA-Canadá) – Mejorando la nutrición y la seguridad alimentaria de la niñez del Perú: un enfoque de desarrollo de capacidades (Programa Conjunto de Naciones Unidas con F-ODM) – Comunidades resilientes a través de redes de salud seguras frente a desastres (DIPECHO) – Preparativos y respuesta para terremotos y tsunamis en áreas seleccionadas de la costa peruana (DIPECHO) – Salud Emergencia Loreto (United Nations Central Emergency Response Funds - CERF) – Agua y Saneamiento Emergencia Loreto (CERF) – Iniciativa Amazónica de control y prevención de malaria, Iniciativas contra enfermedades infecciosas en Latinoamérica y el Caribe (AMI/SAIDI/SARI)



Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
Grado de ejecución de cada prioridad estratégica, señalando los logros clave.	<p>Políticas, Sistemas y Servicios de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional en su rol rector y formulador de una propuesta de reforma de salud a través del trabajo coordinado con el Consejo Nacional de Salud. • Incremento del presupuesto público en salud a 2% del PBI y 10% del presupuesto total en salud. • Implementación del AUS mediante el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en salud (Mancomunidad Andina: Amazonas, Cajamarca y Loreto). • Desarrollo de una política de recursos humanos que fortalezca su presencia en los primeros niveles de atención y en la redefinición del MAIS basado en familia y comunidad. • Reconocimiento de la OPS/OMS como órgano asesor del Congreso en el proceso de formulación, aprobación y reglamentación de leyes y normas. • Definición de una nueva política remunerativa promoviendo intercambio de experiencias con Chile. • Formulación de una política nacional de investigación en salud con acompañamiento en todo el proceso. • Mejor análisis e información de la política nacional de medicamentos mediante la implementación del proyecto MeTA. • Uso de tecnologías de información y comunicación para la gestión de recursos humanos en salud mediante el Campus Virtual de Salud Pública y el Observatorio de Recursos Humanos. • Apoyar la Política Nacional de Hospitales Seguros frente a Desastres y su normatividad. <p>Prevención y control de Enfermedades transmisibles. Preparación, vigilancia y respuesta a emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración que el Perú está libre de la circulación de los virus de sarampión y rubéola. • Conformación de la Coalición Multisectorial e Intergubernamental para la lucha contra la TB, que incluye a seis ministerios (Salud, Trabajo, Vivienda, Educación, Desarrollo Social y Producción), a la Municipalidad Metropolitana de Lima y municipios locales. • Apoyo en la elaboración Plan Nacional Multisectorial e Intergubernamental de Prevención y Control de Dengue en el Perú. • Ratificación del interés y la continuidad de participación del país en el Fondo Rotatorio de OPS para la compra de vacunas e insumos relacionados, así como en el Fondo Estratégico. • Declaración que el Perú está libre de fiebre aftosa por la Organización Mundial de Salud Animal (OIE). • Certificación de la eliminación de la transmisión vectorial de Chagas por el <i>Triatoma infestans</i> en los departamentos de Tacna y Moquegua. • Respuesta eficiente a las emergencias generadas por el colapso del colector de Ica, inundaciones severas en la región Loreto y brote de dengue en la región Ucayali a través de asistencia técnica y movilización de fondos de cooperación internacional. • Finalización de la recuperación física y funcional de los servicios de salud en la zona del terremoto con la construcción y equipamiento del Hospital Materno Infantil de Pisco en Ica.

Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
<p>Grado de ejecución de cada prioridad estratégica, señalando los logros clave.</p>	<p>Promoción de la Salud Familiar y Comunitaria, Desarrollo Sostenible y Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la desnutrición crónica infantil en 10 puntos. • Reducción de la razón de mortalidad materna de 164 por 100 000 n.v. en 2005 a 93 por 100 000 n.v. en el 2010. • Logro del ODM 4 referido a la reducción de la mortalidad infantil y la niñez, en seis y cinco años respectivamente, antes de lo previsto. • Implementación de la iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas sobre "Información y rendición de cuentas de los ODM 4 y 5" en coordinación con distintos sectores y actores sociales a nivel nacional y local y en regiones seleccionadas. • Fortalecimiento de competencias de los equipos de salud para la reducción de la morbimortalidad neonatal e infantil (capacitación en la técnica HBB "Ayudando a los bebés a respirar", AIEPI neonatal, clínico y comunitario). • Fortalecimiento del modelo de atención integral basado en APS, familia y comunidad. • Implementación del proyecto "Fortaleciendo la gestión de conocimiento de programas y proyectos de lucha contra la desnutrición en América Latina". • Premiación a las mejores prácticas en género, etnicidad y salud. • Fortalecimiento del trabajo interagencial y con otros cooperantes. <p>Agua y Saneamiento</p> <p>Contribución de ETRAS para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejor articulación de actores en agua y saneamiento (gobierno, cooperantes y sociedad civil organizada a través de abogacía en ODM post 2015 y planes de seguridad de saneamiento). • Apoyo técnico a DIGESA en la formulación de una propuesta para la creación de un organismo técnico especializado que incorpore la fiscalización y control en salud ambiental y sanitaria. • Planes y guías desarrollados y socializados para los temas de EcoSalud y Análisis de Impacto de Salud (AIS). Introducción del enfoque de Ecosalud en el proceso de elaboración del plan regional de control de peste. • Apoyo técnico al Programa Nacional de Saneamiento Rural y promoción del reuso seguro de aguas servidas en parques y agricultura. • Contribución a medidas para la recolección adecuada de residuos sólidos en mercados municipales (Trujillo, Santa Anita). • Activación de la plataforma virtual regional de un equipo de respuesta en salud, que incorpora el componente de agua, saneamiento e higiene en emergencias. • Integración del Análisis de Impacto en Salud en sectores nacionales y como responsabilidad de la autoridad sanitaria. • Apoyo a la realización exitosa del Congreso Regional de Residuos Sólidos de DIRSA/AIDIS (miembro del comité organizador y encargado de la mesa de Residuos Sólidos Hospitalarios). • Afianzamiento del rol de la OPS en la gestión de temas de salud y medio ambiente. Avances en el fortalecimiento del ETRAS y la Alianza Panamericana de Nutrición y Desarrollo. • Fortalecimiento de las capacidades de coordinación del sector WASH y elaboración del plan de acción para la respuesta a las inundaciones en Loreto. • Capacitación del sector salud ambiental y formación de equipos de respuesta WASH y del sector salud en respuesta a emergencias.

Áreas del examen con los interesados directos externos	Indicadores
Grado de ejecución de cada prioridad estratégica, señalando los logros clave.	<p>Gestión del Conocimiento y Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión de información científico-técnico a través de la Biblioteca Virtual de Salud y bases de datos como HINARI, Scielo Perú. • Consolidación de la imagen institucional de OPS/OMS como referente en salud. • Visibilidad de OPS/OMS Perú en redes sociales. • Alianza informativa de OPS con medios de comunicación.
Factores que favorecieron o restringieron el trabajo, así como las enseñanzas extraídas que deben tenerse en cuenta para elaborar el siguiente programa estratégico.	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS/OMS adaptó sus planes de trabajo en el país para responder a los cambios de las circunstancias. Contribuyó a ello la interlocución permanente con el MINSA y socios de la cooperación. • La OPS/OMS se alinea al requerimiento de una cooperación técnica de mayor articulación, que de ejecución directa. El reto implica facilitar el dialogo de los actores en salud en el proceso de formulación e implementación de la reforma de salud. • Se plantea una nueva estructura organizacional coherente con la nueva ECP y con la Política del Presupuesto de la OPS aprobada en el 2012 por los Cuerpos Directivos en la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución CSP28.R10. • Se requiere incorporar competencias en los perfiles de los profesionales de la entidad, reorganizar los recursos humanos y adaptar la infraestructura para brindar mayor eficiencia y eficacia en la cooperación técnica al país. • Se requiere fortalecer el trabajo interinstitucional, intersectorial, interagencial e interáreas de la PWR.



Sección 5

Agenda Estratégica para
la Cooperación de la
OPS/OMS: 2014-2019



Sección 5

Agenda Estratégica para la Cooperación de la OPS/OMS: 2014-2019

En la presente sección se describen las prioridades estratégicas de la cooperación de la OPS/OMS con el Perú para el período 2014-2019, identificadas en el proceso de consulta realizado con las autoridades nacionales y otros actores claves del sector salud y que apoyan las políticas, estrategias y planes nacionales de salud.

Asimismo, se presentan las áreas clave de cada prioridad estratégica en las que la OPS/OMS actuará específicamente y los enfoques estratégicos que se aplicarán para su ejecución basándose en sus funciones básicas y aprovechando las oportunidades y las alianzas.

5.1 Definición de la Agenda Estratégica 2014-2019

Con base en el análisis de la situación en salud y la percepción de los socios y actores consultados, se considera que desde la fecha hasta diciembre de 2019:

- El Estado Peruano afianzará el propósito de lograr que esta generación de peruanos alcance la cobertura universal en salud para lo cual continuará la implementación de medidas de reforma; además se va a continuar aumentando el presupuesto público dedicado a salud, el número de peruanos con algún tipo de seguro de salud y la eliminación de restricciones que impiden que la población ejerza su derecho a la salud.

- El Ministerio de Salud requerirá apoyo para desarrollar rectoría, liderazgo y gobernanza, mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud, desarrollar los recursos humanos, y generar condiciones para el acceso a los medicamentos y tecnologías.
- Las políticas de inclusión y desarrollo social harán que continúe mejorando la situación de los determinantes sociales de la salud, pero todavía se mantendrá el reto del control de las enfermedades transmisibles y desatendidas. Particularmente se requerirá apoyo a los procesos que el Perú está ejecutando para el cierre de brechas sociales en las áreas rurales y urbano marginales.
- Se consolidará como una prioridad y demandará apoyo creciente la cobertura frente a enfermedades crónicas no transmisibles, así como la mitigación de factores de riesgo.
- Las políticas sectoriales aumentarán la cobertura y los ámbitos de los planes articulados para reducir la desnutrición y anemia infantil; disminuir la morbilidad y mortalidad; mejorar la salud a lo largo del curso de vida; y priorizar la atención a grupos vulnerables, excluidos o marginados como las poblaciones indígenas.
- El abuso de drogas, las distintas formas de violencia, traumatismos y las discapacidades serán objeto de respuesta multisectorial por parte del Estado peruano. El sector salud, además de fortalecer sus servicios, afianzará su liderazgo para orientar a otros sectores y será pertinente el apoyo para lograr abordajes basados en derechos humanos universales y determinantes sociales.
- El Perú está ubicado en una de las zonas con mayor actividad sísmica del planeta, es continuamente amenazado por fenómenos naturales y será uno de los tres países más afectados por el cambio climático. Continuarán los esfuerzos para reducir las consecuencias de las emergencias, desastres y crisis en la salud de la población y en la operación de las redes de servicios de salud, lo que requerirá de apoyo para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas de preparación y respuesta para afrontar crisis humanitarias que requieran asistencia inmediata.
- En materia de derechos humanos el Perú continuará avanzando en las políticas de inclusión y en el cumplimiento de compromisos de tratados y acuerdos internacionales suscritos. Se presentarán oportunidades y retos para salvar escollos normativos, institucionales, organizacionales, de gestión y conductuales en los que será pertinente el apoyo articulado de los organismos del Sistema de Naciones Unidas.
- El Perú continuará profundizando las relaciones en las Américas y con otras regiones, en el ámbito bilateral y multilateral, para que la política exterior constituya un instrumento esencial para el desarrollo sostenible del país, con énfasis en la superación de la pobreza y la inclusión social, a través de la integración y

promoción económica, la industrialización, el desarrollo de ciencia y tecnología, y la cooperación.

- Considerando los intereses y especificidades del Estado y pueblo peruano, se continuará perfilando la estrategia nacional frente a las políticas globales de salud con base en los acuerdos internacionales y la participación del Perú ante los foros de gobernanza del Sistema de Naciones Unidas y particularmente de la OPS y la OMS.
- Debido a la evolución positiva de los indicadores socioeconómicos del Perú se reducirán los recursos financieros de la cooperación internacional. La política de presupuesto aprobada por la 28a. Conferencia Sanitaria Panamericana redujo el presupuesto asignado a la Oficina de País por lo que con esta ECP 2014-2019 se busca redefinir estrategias y competencias para aumentar la eficiencia y la movilización de recursos externos.
- Los procesos de reforma de la OMS y formulación del nuevo Plan Estratégico de la OPS/OMS 2014-2019 procuran simplificar la planificación y los procesos de rendición de cuentas, sin embargo, seguirán siendo un reto responder apropiadamente a los múltiples alineamientos, rendición de cuentas y producción de informes frente a la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, el Plan Nacional Concertado de Salud, la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional, el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas, la agenda de los ODM y la agenda de desarrollo post 2015; el marco de reforma de la OMS y de las Naciones Unidas, las resoluciones de la OPS y de la OMS, y cada una de las instituciones que integra la comunidad de donantes y cooperantes.

5.2 Agenda Estratégica

5.2.1 Prioridades estratégicas y áreas principales

La Agenda Estratégica se articula alrededor de cuatro prioridades estratégicas y nueve áreas principales, en estrecha concordancia con los *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud del Gobierno peruano* y el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).

Tabla 4. Agenda Estratégica 2014-2019

Prioridades estratégicas	Áreas principales
1. Contribuir al fortalecimiento de la rectoría y conducción del proceso de reforma del sector salud con equidad y enfoque de género, derechos y diversidad cultural.	1.1 Apoyo al fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. 1.2 Apoyo a la extensión de la protección social en salud. 1.3 Apoyo a la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud.
2. Contribuir a mejorar y ampliar el acceso y calidad de los servicios de salud integrales y basados en APS.	2.1 Apoyo del desarrollo de los servicios y redes integrales e integradas de salud basadas en APS. 2.2 Apoyo del desarrollo de políticas de acceso a medicamentos, sangre y tecnologías sanitarias.
3. Contribuir al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales para la vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y reducción de brechas.	3.1 Apoyo a la formulación, ejecución y evaluación de políticas, estrategias y planes nacionales en la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y su articulación con la agenda regional y global. 3.2 Apoyo a los sistemas de información y procesos de inteligencia epidemiológica.
4. Contribuir al desarrollo e implementación de políticas y programas de salud inclusivos con enfoque de ciclo de vida y determinantes sociales y ambientales.	4.1 Apoyo a la formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y normas a lo largo del curso de vida y mediante la estrategia de APS basada en la familia y comunidad. 4.2 Apoyo a la promoción de la salud y el abordaje de determinantes sociales y ambientales de la salud, en el marco de salud en todas las políticas.

5.2.2 Enfoques estratégicos

Para cada una de las áreas principales formuladas se detalla los enfoques estratégicos más importantes que se aplicarán. En el Gráfico 3 se presenta las redes de relacionamiento estratégico con los diversos actores para el desarrollo en salud.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1: Contribuir al fortalecimiento de la rectoría y conducción del proceso de reforma del sector salud con equidad y enfoque de género, derechos y diversidad cultural.

Áreas principales	Enfoques estratégicos
1.1 Apoyo al fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el liderazgo y conducción sectorial de la autoridad sanitaria nacional. • Apoyar la formulación, gestión y evaluación de políticas, estrategias y planes nacionales y su articulación con la agenda de salud regional y global. • Apoyar el intercambio de experiencias nacionales e internacionales.
1.2 Apoyo a la extensión de la protección social en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar los esfuerzos nacionales por incrementar la protección financiera en salud de los hogares a través de un mayor financiamiento público en salud. • Apoyar los esfuerzos nacionales por extender la cobertura poblacional y prestacional en el país con énfasis en poblaciones vulnerables. • Apoyar al país en la equiparación de planes de beneficios de los diferentes sistemas de aseguramiento en salud.
1.3 Apoyo a la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la formulación e implementación de la carrera sanitaria para el desarrollo y estabilidad de los recursos humanos. • Apoyar la generación de información, planificación y gestión de recursos humanos en salud. • Apoyar la formación y capacitación de los recursos humanos en salud con un enfoque de APS, fortaleciendo alianzas con el sector educación.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2: Contribuir a mejorar y ampliar el acceso y calidad de los servicios de salud integrales y basados en APS.

Áreas principales	Enfoques estratégicos
2.1 Apoyo del desarrollo de los servicios y redes integrales e integradas de salud basadas en APS.	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperar con el desarrollo y gestión de redes integradas de servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención. • Apoyar la implementación de un modelo de atención basado en APS. • Apoyar el mejoramiento de la gestión hospitalaria y de la calidad de la atención.
2.2 Apoyo del desarrollo de políticas de acceso a medicamentos, sangre y tecnologías sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer asesoramiento y cooperación para la regulación, adquisiciones, acceso, calidad, uso racional e investigación. • Promover alianzas para asegurar el financiamiento, gestión e infraestructura que garantice la sostenibilidad de los suministros. • Formular estrategias para la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias basada en evidencias.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3: Contribuir al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales, para la vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles³⁶ y no transmisibles³⁷ y reducción de brechas.

Áreas principales	Enfoques estratégicos
3.1 Apoyo a la formulación, ejecución y evaluación de políticas, estrategias y planes nacionales en la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y su articulación con la agenda regional y global.	<ul style="list-style-type: none">Fortalecer las capacidades para garantizar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles priorizadas por el país.Apoyar al aumento de coberturas de vacunación, facilitando el acceso a vacunas de calidad y seguras en los niveles subnacionales.Apoyar el proceso de reorientación de la atención de la salud mental, la prevención del consumo de alcohol y drogas.
3.2 Apoyo a los sistemas de información y procesos de inteligencia epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none">Apoyar el desarrollo de capacidades para la generación y análisis de la información de salud y sus determinantes para la toma de decisiones basado en datos probatorios (evidencias).Facilitar la participación del país en los mecanismos del Reglamento Sanitario Internacional.Apoyar capacidades nacionales para reducción de riesgo, preparación y respuesta frente a emergencias y desastres.

³⁶ Enfermedades transmisibles: enfermedades prevenibles por vacunación, ITS, VIH, tuberculosis, enfermedades metaxénicas, desatendidas, zoonóticas, y transmitidas por agua y alimentos con enfoque en los determinantes sociales y ambientales.

³⁷ Las enfermedades no transmisibles son principalmente las enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica y cáncer.

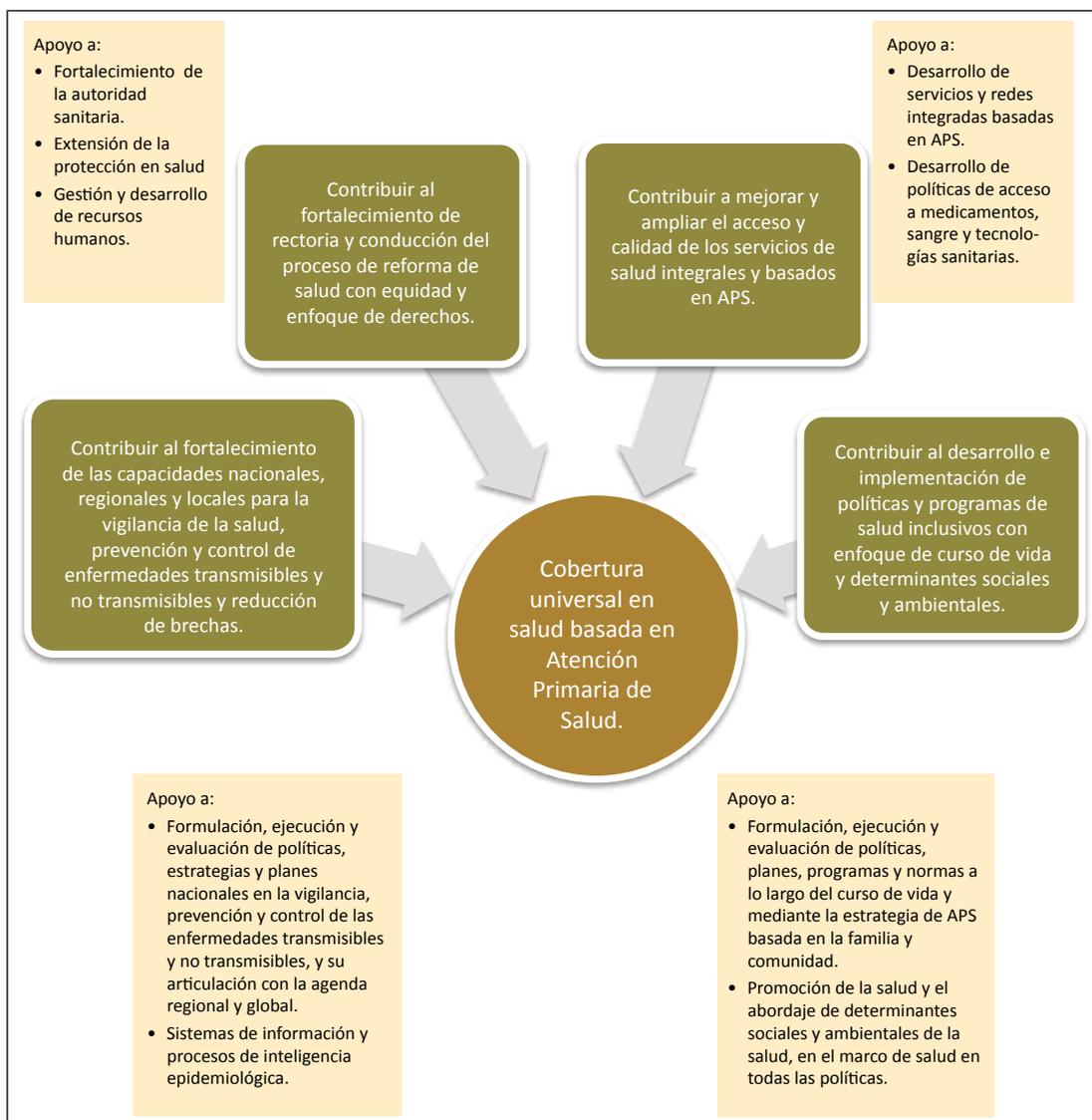
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4. Contribuir al desarrollo e implementación de políticas y programas de salud inclusivos con enfoque de curso de vida³⁸ y determinantes sociales³⁹ y ambientales.

Áreas principales	Enfoques estratégicos
<p>4.1 Apoyo a la formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y normas a lo largo del curso de vida y mediante la estrategia de APS basada en la familia y comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover enfoques de derecho, género y diversidad cultural. • Apoyar la implementación de intervenciones costo-efectivas. • Apoyar el intercambio de experiencias nacionales e internacionales.
<p>4.2 Apoyo a la promoción de la salud y el abordaje de determinantes sociales y ambientales de la salud, en el marco de salud en todas las políticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la participación ciudadana en aspectos de salud y sus determinantes. • Promover entornos y estilos de vida saludables.

³⁸ Curso de vida desde la etapa prenatal, hasta el envejecimiento.

³⁹ Incluye derecho, género y diversidad cultural; así como vigilancia, prevención y control de enfermedades no transmisibles; salud mental, violencia, accidentes, discapacidades y factores de riesgo tales como los hábitos no saludables; riesgos ocupacionales y actividades extractivas, industriales y agrícolas.

Gráfico 3. Agenda estratégica 2014-2019



Fuente: Elaboración propia

5.3 Validación de la Agenda Estratégica de la ECP con las prioridades de la política de reforma

Las prioridades de la Estrategia de Cooperación con el País se alinean con las medidas de reforma del sector salud propuestas por el Consejo Nacional de Salud, que orientan la construcción de un sistema de salud integrado con mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de servicios:

Prioridades estratégicas ECP	Lineamientos de reforma del sector salud
<p>1. Contribuir al fortalecimiento de la rectoría y conducción del proceso de reforma del sector salud con equidad y enfoque de derechos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la rectoría del sistema de salud.
<p>2. Contribuir a mejorar y ampliar el acceso y calidad de los servicios de salud integrales y basados en APS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la atención primaria de salud. • Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados. • Reformar la política de gestión de recursos humanos. • Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre. • Extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad. • Fomentar el aseguramiento como medio de formalización. • Consolidar al seguro integral de salud como operador financiero. • Fortalecer el FISSAL como financiador de segundo piso. • Aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud. • Fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, EsSalud.
<p>3. Contribuir al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales para, la vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y reducción de brechas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar las estrategias de intervención en salud pública.
<p>4. Contribuir al desarrollo e implementación de políticas y programas de salud inclusivos con enfoque de curso de vida y determinantes sociales y ambientales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar las estrategias de intervención en salud pública.

5.4 Validación de la Agenda Estratégica ECP con los resultados del Marco de Asistencia para el Desarrollo del Sistema de las Naciones Unidas (MANUD)

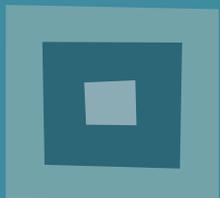
Las prioridades estratégicas se encuentran alineadas a las áreas estratégicas y los resultados o efectos directos (ED) que el MANUD en el Perú desea alcanzar en el periodo 2012-2016:

- Áreas de cooperación 2, 3 y 4: Gobernabilidad (ED 3 y 4), Protección social y acceso universal a los servicios sociales (ED 6, 7, 8, 9 y 10) y Medio ambiente, cambio climático y gestión del riesgo de desastres (ED 11 y 12).

Prioridades estratégicas de la ECP	Resultados principales del MANUD	Productos principales del MANUD
1. Contribuir al fortalecimiento de la rectoría y conducción del proceso de reforma del sector salud con equidad y enfoque de derechos.	<ul style="list-style-type: none"> • ED3. El Estado y sus tres niveles de gobierno cuentan con administración pública capaz de diseñar e implementar gestión descentralizada y mayor articulación. • ED7. El Estado y la sociedad civil hacen una mejor y mayor difusión, promoción y protección de los derechos humanos con énfasis en la población de mayor vulnerabilidad y exclusión. 	Políticas, programas y planes decretados de protección social y promoción a favor de grupos vulnerables.
2. Contribuir a mejorar y ampliar el acceso y calidad de los servicios de salud integrales y basados en APS.	<ul style="list-style-type: none"> • ED9. Los tres niveles de gobierno están en capacidad de brindar una mejor oferta y gestión de los servicios básicos y sociales con enfoque de calidad, equidad, igualdad, interculturalidad y articulación intergubernamental. • ED10. La sociedad civil y la comunidad cuentan con capacidad fortalecida de veeduría y vigilancia ciudadana de oferta y calidad de los servicios sociales. 	Gobiernos regionales evalúan la oferta y gestión de servicios de salud.



Prioridades estratégicas de la ECP	Resultados principales del MANUD	Productos principales del MANUD
<p>3. Contribuir al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales para la vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y reducción de brechas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ED6. El Estado diseña e implementa un sistema integral multisectorial e intergubernamental de protección social y promoción de la salud. • ED8. El sistema estadístico y de información nacional fortalecido con variables sociodemográficas de poblaciones vulnerables. • ED12. Capacidades fortalecidas en gestión de riesgo, desastres y adaptación al cambio climático. 	<p>Fuentes de información disponibles con data desagregada para el monitoreo de los grupos de mayor vulnerabilidad.</p>
<p>4. Contribuir al desarrollo e implementación de políticas y programas de salud inclusivos con enfoque de curso de vida y determinantes sociales y ambientales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ED6. Protección social y promoción de la Salud. • ED11. El Estado con participación de la sociedad civil, sector privado, instituciones científicas y académicas han fortalecido un enfoque de sostenibilidad ambiental. 	<p>Nivel de percepción ciudadana sobre el acceso y calidad de los servicios.</p>



Sección 6

Ejecución de la Agenda
Estratégica: implicaciones
para toda la Secretaría



Sección 6

Ejecución de la Agenda Estratégica: implicaciones para toda la Secretaría

6.1 Función y presencia de la OPS/OMS según la agenda estratégica

6.1.1 Función de la OPS/OMS

Para concretar la agenda estratégica el enfoque de cooperación se basará en los siguientes principios:

- Apoyará el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional facilitando el diálogo entre distintos subsectores, sectores y actores.
- Acompañar al MINSA a brindar asistencia técnica a los niveles subnacionales. En el contexto del proceso de descentralización apoyará el fortalecimiento de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud y su cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para la provisión de servicios de salud en el marco de los acuerdos de la Comisión Intergubernamental de Salud.
- Intensificar la cooperación entre países (Sur-Sur, Triangular, UNASUR, ORAS/CONHU). El Perú y la OPS/OMS explorarán, y cuando sea oportuno promoverán, la cooperación Sur - Sur, la triangulación de la cooperación, la

designación de centros colaboradores de la OMS, centros de excelencia de la OPS y otras modalidades eficaces de cooperación. Se identificará un número de áreas en las que el país tiene fortalezas diferenciadas (e.g. epidemiología, salud intercultural, medicina tradicional) y se apoyará la cooperación bilateral y multilateral.

- Facilitar el diálogo técnico y de políticas intersectorial, interinstitucional, intergubernamental, articulando los actores clave. Apoyará la adecuación e implementación de una estrategia nacional de posicionamiento frente a las políticas globales de salud, que se base en la soberanía, los intereses y particularidades del Estado y del pueblo peruano y la OPS/OMS apoyará técnicamente al país en los diálogos bilaterales y multilaterales relacionados con la salud.
- Aumentar la eficacia y eficiencia de la cooperación: menos asistencia directa y más articulación. Procurar aumentar la eficacia y eficiencia en los procesos de cooperación técnica desarrollando una organización flexible, eficaz y eficiente; articulando los procedimientos para lograr que las actividades puedan financiarse con recursos nacionales cuando sea posible, aprovechando mejor las tecnologías de información y comunicación y las redes sociales, y articulando la cooperación técnica entre las oficinas de la OPS en el Perú y en los países limítrofes.
- Promover la investigación, generar evidencia científica, y la aplicación y difusión de conocimientos para la toma de decisiones.
- Se dará prioridad al marco de derechos humanos y se apoyará al país en el seguimiento de las observaciones dadas en el Examen Periódico Universal de manera articulada con las otras agencias del Sistema de Naciones Unidas.
- El MANUD es el marco programático abarcador y de articulación con las demás agencias del Sistema de Naciones Unidas; y procurará presentar un frente consolidado y coordinado de diálogo entre los cooperantes en salud y las autoridades nacionales.
- Articulará sus planes de trabajo con el conjunto de cooperantes en salud que actúan en el Perú y el Plan de Trabajo Andino de la OPS/OMS con el Sistema de Integración Andina y el ORAS/CONHU de manera complementaria y evitando duplicaciones, promoviendo instancia de diálogo y coordinación en el marco de la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional.
- Cuando sea pertinente, va a acompañar al MINSA y a otras instituciones en la identificación y movilización de recursos nacionales e internacionales para implementar proyectos de desarrollo en salud y dar respuesta a situaciones de emergencia.
- Poner a disposición del país los recursos de los programas subregionales, regionales y mundiales de la OPS/OMS para intercambiar asesoramiento con los expertos de

la organización y de los países. Asimismo, el Perú y la OPS/OMS asegurarán las mejores condiciones para el desempeño, con sede en la oficina en el Perú, de asesores con ámbito de trabajo en el área Andina o de las Américas.

- Mejorarán la coordinación de las contribuciones del Perú y de sus funcionarios a reuniones convocadas por la OPS/OMS y a actividades de cooperación a otros países, mediante una agenda concertada con la mayor antelación posible de modo de no alterar el funcionamiento de las estructuras nacionales.
- Se va a analizar minuciosamente cada actividad de cooperación para asegurar que representa un valor estratégico sustantivo. En el apoyo a los gobiernos descentralizados se va a asegurar la coordinación con el gobierno nacional; y no se van a prestar apoyos logísticos aislados.
- Formulará los programas de cooperación con el Perú alineados a los distintos mandatos con el mínimo número de dimensiones y categorías programáticas y simplificar los procesos de planificación, rendición de cuentas e informes para disminuir la carga de trabajo que implican para las autoridades nacionales y para la propia Oficina.

6.1.2 La presencia de la OPS/OMS en el Perú

La Representación de la OPS/OMS en Perú cuenta con recursos humanos, financieros, tecnológicos y de infraestructura necesarios para cumplir adecuadamente su función. Además, la oficina de país cuenta con apoyo de la Oficina Global y Regional de la Organización Mundial de la Salud, sus Centros Especializados y Centros Colaboradores para implementar sus programas de cooperación y abordar temas prioritarios de salud.

Estructura organizacional

La cooperación técnica en el país se implementará mediante la ejecución de Planes de Trabajo Bienales utilizando la estructura programática del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019⁴⁰ el cual se organiza en seis categorías y 30 áreas programáticas:

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS) *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019*. 52° Consejo Directivo, 65° sesión del Comité Regional, Washington, D. C., 1 de septiembre del 2013.

Tabla 5. *Categorías y áreas programáticas*

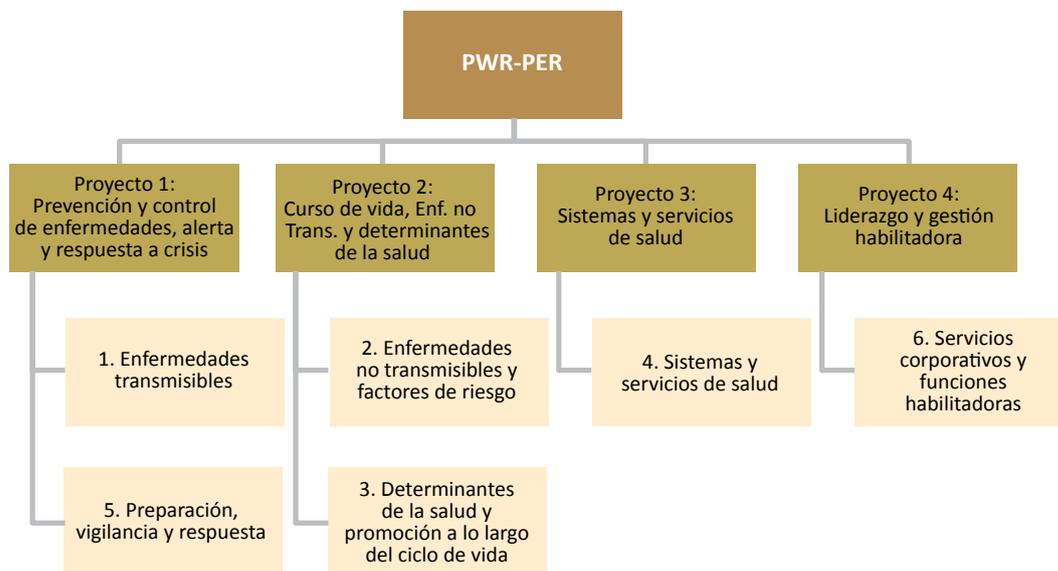
Categorías	Áreas Programáticas
1. Enfermedades transmisibles.	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual. 1.2 Tuberculosis. 1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores. 1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas. 1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación.
2. Enfermedades no transmisibles.	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. 2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas. 2.3 Violencia y traumatismos. 2.4 Discapacidades y rehabilitación. 2.5 Nutrición.
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida.	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva. 3.2 Envejecimiento y salud. 3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad. 3.4 Determinantes sociales de la salud. 3.5 Salud y medioambiente.
4. Sistemas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la de salud: políticas, estrategias y planes nacionales de salud. 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad. 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria. 4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud. 4.5 Recursos humanos para la salud.
5. Preparativos, vigilancia y respuesta.	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI). 5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas. 5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis. 5.4 Inocuidad de los alimentos. 5.5 Respuesta a brotes y crisis.
6. Servicios institucionales y funciones habilitadoras.	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 Liderazgo y gobernanza. 6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos. 6.3 Planificación estratégica. 6.4 Gestión y administración. 6.5 Comunicación estratégica.

Estructura organizacional

La estructura organizacional de la Oficina de País se dará en función de un número mínimo de proyectos para atender a las áreas programáticas señaladas en la Tabla 5 y atender la cooperación en los siguientes ámbitos: vigilancia de la salud; promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida y determinantes de la salud; sistemas y servicios de salud; y las funciones de liderazgo y habilitadoras.

El Plan de Trabajo 2014-2015 prevé la organización descrita en el Gráfico 4:

Gráfico 4: Organigrama de la Oficina de País Perú 2014-2015



Fuente: Elaboración propia

Recursos financieros

En la Política de Presupuesto de la OPS⁴¹, aprobada por los Cuerpos Directivos en la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana se define el enfoque y los criterios para la asignación presupuestaria a los países. La Representación de OPS/OMS en Perú deberá adecuarse a la reducción del presupuesto asignado por esta política en dos bienios 2014-2015 y 2016-2017, período que permitirá adaptar el tamaño de la estructura organizativa y la entrega de la cooperación de acuerdo a los lineamientos propuestos en la Estrategia de Cooperación con el País: Perú 2014-2019.

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Programa y presupuesto de la OPS 2014-2015*. 52º Consejo Directivo, 65ª sesión del Comité Regional, Washington, D.C., 1º de septiembre del 2013.

Para el bienio 2014-2015 la Oficina de País tiene un presupuesto de aproximadamente US\$ 9 861 000 dólares. El 52 % proveniente de fondos del presupuesto regular de la OPS/OMS y el 48 % de fondos de otras fuentes (Tabla 6).

Las otras fuentes de financiamiento se movilizarán en forma de contribuciones voluntarias. Cabe resaltar el importante apoyo de la autoridad nacional al programa estratégico de la cooperación técnica que brinda la OPS/OMS en el país.

Tabla 6. Presupuesto del Plan de Trabajo de OPS/OMS en Perú: 2014-2015

Fondos	2014-2015
Presupuesto Regular	5 100 000
Otras fuentes	4 761 000
Total US\$	9 861 000

Fuente: Elaboración propia

Recursos humanos

La Oficina de País cuenta con un total de 50 personas, entre funcionarios, consultores nacionales y personal de apoyo. La Oficina es sede de asesores regionales y subregionales de OPS/OMS localizados físicamente en el Perú, que apoyan a todos los países de la Región y representan un apoyo adicional directo al país en temas de salud pública veterinaria, prevención y control de tuberculosis, inmunizaciones, laboratorios de salud pública, control de tabaco, recursos humanos en salud y el Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS). La tabla 7 muestra la distribución de los profesionales y del personal de apoyo.

Tabla 7. Recursos humanos

Proyectos	Profesional	Apoyo
1. Prevención y control de enfermedades, alerta y respuesta a crisis	7	1
2. Curso de vida, enfermedades no transmisibles y determinantes de la salud	8	1
3. Sistemas y servicios de salud	5	1
4. Liderazgo y gestión habilitadora	5	17
ETRAS	5	0
Total	30	20

Fuente: Elaboración propia

Para atender el requerimiento de una cooperación técnica de mayor articulación y facilitar el dialogo de los actores en salud se plantea una nueva estructura organizacional coherente con la nueva ECP y con la Política del Presupuesto de la OPS. Por tanto se revisarán los perfiles de los profesionales de la entidad y se reorganizarán los recursos humanos.

Plan de desarrollo organizacional

La Oficina de la OPS/OMS en Perú procura un modelo de gestión inteligente e interprogramático que facilite el desarrollo de las competencias de su personal y la movilización de recursos alineados a la ECP 2014-2019.

El propósito del plan vigente se resume en:

- Recursos humanos, financieros, tecnológicos y logísticos eficientes alineados a la ECP 2014-2019.
- Comunicación interna y externa fortalecida.
- Trabajo en equipo orientado a resultados y eficiencia.
- Métodos de trabajo simplificados y racionalizados para optimizar la cooperación técnica.

Para ello, el plan de desarrollo se estructura en cuatro componentes:

- a. Gestión de conocimiento, comunicación y tecnología de información.
- b. Planeamiento y gestión participativa.
- c. Gestión de recursos humanos basados en competencias.
- d. Operaciones, mantenimiento e infraestructura.

Para la implementación de este Plan se aplica la metodología de los grupos óptimos,⁴² que permite el trabajo participativo y multidisciplinario conformado por equipos de trabajo que aprenden a resolver problemas existentes en la institución. Se organizan formalmente y conforman un grupo de personas que reúnen sus habilidades, talentos y conocimientos, para actuar en situaciones identificadas que requieran acción buscando soluciones eficaces.

Con el fin de garantizar que el plan de desarrollo institucional apoye efectivamente la Estrategia de Cooperación con el País a través de la mejoría interna del personal y de la Representación como un todo, existe el compromiso de implementar las recomendaciones

⁴² Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representaciones de Brasil y de Ecuador (OPS/OMS). [Internet] *Grupos Óptimos: un modelo de gestión participativa para el desarrollo institucional de las representaciones y centros de la OPS/OMS*. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/grupos_optimos_es.pdf

recibidas de los grupos óptimos cuando se dispongan de recursos para ello. El trabajo del grupo óptimo consiste en analizar el problema y proponer una solución viable económicamente y enmarcada en la Estrategia de Cooperación con el País.

Infraestructura

La Oficina de la OPS/OMS cuenta con un predio ubicado en el distrito de La Molina en la ciudad de Lima. El área superficial es de 5 403 m² y los espacios de las oficinas son ergonómicos para facilitar el trabajo. Las salas de reuniones son seguras, equipadas con equipos de multimedia e iluminadas para facilitar tanto la comunicación presencial como la virtual.

Para atender el requerimiento de una cooperación técnica de mayor articulación se plantea adaptar la infraestructura para brindar mayores espacios que permitan facilitar el diálogo de los actores en salud.

6.2 Uso del documento de la Estrategia de Cooperación con el País

Siendo la ECP el instrumento que refleja la visión de la cooperación técnica de la OPS/OMS al país es indispensable su difusión y promoción entre los diferentes actores nacionales e internacionales del sector salud.

La Oficina en el País difundirá ampliamente el documento de la ECP al gobierno y otros asociados que trabajan en y con el país; revisará sus planes de trabajo en base a las prioridades de la ECP; definirá el componente de salud del MANUD y otras plataformas de colaboración, teniendo presentes las contribuciones de los asociados, y utilizará el documento de la ECP para la promoción de la causa y movilización de recursos para la salud.

Por otra parte, la Oficina Regional y la Sede difundirán ampliamente el documento y el resumen de la ECP a todos los departamentos y divisiones, y a otros asociados e interesados directos pertinentes a través de la intranet y la Internet; facilitará interacciones técnicas con la Oficina en el País y el Gobierno para lograr coherencia con las prioridades de la ECP, procurando que se aprovechen como base para la preparación de planes estratégicos y operativos, incluidos los presupuestos y la asignación de recursos; y utilizará este documento para la promoción de la causa y la movilización de recursos para el trabajo de la OPS/OMS en el país.

Para la difusión y promoción en el ámbito externo, la Oficina de País propone una estrategia de comunicación que incluye: información pública (entrevistas, artículos de opinión); publicación en web, uso de redes sociales para anuncio y direccionamiento hacia la web institucional; publicación de contenidos en un blog para movilizar a la comunidad virtual, generar retroalimentación y fidelización de usuarios de los recursos de información y conocimiento de la OPS; realización de un evento para la presentación del documento y la elaboración de material de soporte como brochure o CD multimedia.

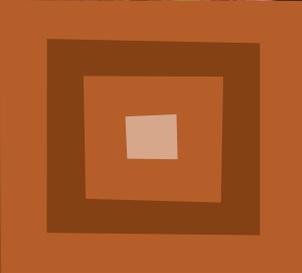
En el ámbito interno se considera de suma importancia el conocimiento de la ECP por parte de todos los miembros de la institución a fin de que se identifiquen con sus lineamientos. De tal modo de “hablar todos el mismo lenguaje” y se genere sinergia en torno al logro de los objetivos. Para lo cual se plantea una estrategia de alianzas internas (líderes de opinión interno, asociación de personal, etc.) que convoquen a los miembros de la organización a sesiones informativas. Además de la publicación de información en la intranet y generación de material audiovisual explicativo como apoyo a las actividades propuestas.

6.3 Seguimiento y evaluación de la Estrategia de Cooperación con el País

La Secretaría, y en particular la Oficina en el País, vigilarán la contribución de la OPS/ OMS dentro del ambiente de las alianzas para procurar que las contribuciones de los asociados sigan complementándose mutuamente.

La Secretaría también realizará un examen de la ECP a mitad y próximo al final de su ciclo, coincidiendo con otros procesos de examen nacionales, según corresponda.

Las enseñanzas extraídas del seguimiento y evaluación de la ECP se compartirán con otros países, en particular aquellos con los que se comparten semejanzas.



Bibliografía y Anexos

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI). *Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional*. Noviembre 2012.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); Promoviendo alianzas y estrategias (PRAES). *Análisis del estudio de carga de enfermedad en el Perú, MINSA-2004 y propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad*. Elaborado por Anibal Velásquez Valdivia. Diciembre 2006.

Academia Peruana de Salud. *Historia de la salud en el Perú: Planificación en salud. Cooperación internacional*. Volumen 22. Lima: Academia Peruana de Salud, 2008.

Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). *Memoria 2012*.

Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). *Resumen informativo semanal*. 10 de enero de 2014.

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). *Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021*. Aprobado por el Acuerdo Nacional. Marzo 2011.

Consejo Nacional de Salud (CNE). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima: Minsa, 2013.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Informe Técnico: Evolución de la Pobreza 2009-2013*. Lima: INEI, 2014.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2012. Nacional y Departamental*. Lima: INEI, 2013.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013*. Lima: INEI, 2014.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Perú. Avances y retos en equidad de género y salud materna*.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Perú: Tercer Informe nacional de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Perú*. (E/C.12/PER/CO/2-4) 30 de mayo de 2012.

Naciones Unidas. Asamblea General. *Examen Periódico Universal: Perú* (A/HRC/8/37) 28 de mayo de 2008.

Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: Perú*. (A/HRC/22/15) 27 de diciembre de 2012.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*.

Ministerio de Agricultura. Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021*. Lima, julio 2013.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). *Compendio Estadístico MIMP 2012*.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. *Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015*.

Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (MINSA/DGE). *Indicadores básicos de salud, DGE 2012*.

Ministerio de Salud (MINSA). *Encuesta global de salud escolar. Resultados - Perú 2010*. Lima: MINSA, 2011.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). *Perú: Principales indicadores del mercado de trabajo, según sexo 2001-2012*.

Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (MINSA/DGE). *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Lima: MINSA/DGE, 2013.

Ministerio de Salud (MINSA). *Normatividad de la Reforma del Sector Salud*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS); Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: OPS, 2013.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Salud en las Américas: Panorama regional y perfiles de países*. Washington, DC: OPS, 2012

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *Aid Effectiveness 2011: Progress in Implementing the Paris Declaration. Vol. II, Country Chapters: Perú*, 2012.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Política del Presupuesto de la OPS*, 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64ª Sesión del Comité Regional, Washington, DC, 17 al 21 de septiembre del 2012.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019*. 52° Consejo Directivo, 65° sesión del Comité Regional, Washington, DC, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Programa y presupuesto de la OPS 2014-2015*. 52° Consejo Directivo, 65° sesión del Comité Regional, Washington, DC, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representaciones de Brasil y de Ecuador (OPS/OMS). *Grupos Óptimos: un modelo de gestión participativa para el desarrollo institucional de las representaciones y centros de la OPS/OMS*. Brasilia, 2009.

Sistema de Naciones Unidas en el Perú. *Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Perú: 2012-2016*.

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores de situación de salud

Indicador	Razón	Observaciones	Fuente
Esperanza de vida al nacer global	74,1	Estimaciones 2010-2015	INEI
EVN hombres	71,5	Estimaciones 2010-2015	INEI
EVN mujeres	76,8	Estimaciones 2010-2015	INEI
MORBILIDAD			
Tétanos neonatal	--	Número de casos	IBS DGE 2012
Tos ferina, casos	1,107	Número de casos	IBS DGE 2012
Tos ferina, tasa	3,7	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
Hepatitis B, casos	578	Número de casos	IBS DGE 2012
Hepatitis B, tasa	1,9	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
Fiebre amarilla, casos	9	Número de casos	IBS DGE 2012
TB todas las formas, casos	26,794	Número de casos	IBS DGE 2012
TB todas las formas, tasa	88,9	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
<i>Malaria falciparum</i> , casos	4,004	Número de casos	IBS DGE 2012
<i>Malaria falciparum</i> , tasa	13,3	Tasa por 100 000 nv	IBS DGE 2012
<i>Malaria vivax</i> , casos	27,702	Número de casos	IBS DGE 2012
<i>Malaria vivax</i> , tasa	91,9	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
Dengue, casos	28,505	Número de casos	IBS DGE 2012
Dengue, tasa	94,6	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
Leishmaniosis, casos	6,212	Número de casos	IBS DGE 2012
Leishmaniosis, tasa	20,6	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
Enfermedad de Carrión, casos	561	Número de casos	IBS DGE 2012
Peste, casos	9	Número de casos	IBS DGE 2012
Rabia humana silvestre, casos	10	Número de casos	IBS DGE 2012
VIH infectados, casos	2,858	Número de casos	IBS DGE 2012
SIDA, casos	986	Número de casos	IBS DGE 2012



Indicador	Razón	Observaciones	Fuente
SIDA, tasa	3,3	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2012
Razón hombre mujer SIDA	3,4		IBS DGE 2012
Sífilis congénita, casos	334	Número de casos	IBS DGE 2012
% neonatos bajo peso al nacer	6,9%	Porcentaje de nv	IBS DGE 2012
EDA en menores 5 años (tasa)	362,3	Tasa por 1 000 <5a.	IBS DGE 2012
Neumonía en menores 5 años (tasa)	10,6	Tasa por 1 000 <5a.	IBS DGE 2012
% Desnutrición global OMS	3,4	Porcentaje	IBS DGE 2012
% Desnutrición crónica OMS	18,1	Porcentaje	IBS DGE 2012
% Gestantes adolescentes (15-19 a)	13,2	Porcentaje	IBS DGE 2012
MORTALIDAD			
Razón de mortalidad materna	93	Por cada 100 000 nv Periodo 2004-2010	ENDES 2012
Tasa de mortalidad en la niñez (<5 años)	21	Por cada 1 000 nv	ENDES 2013
Tasa de mortalidad infantil (<1 año)	17	Por cada 1 000 nv	ENDES 2013
Tasa de mortalidad neonatal (<30 d)	12	Por cada 1 000 nv	ENDES 2012-2013
Defunciones por homicidio	420	Número de casos	IBS DGE 2011
Defunciones por suicidio	346	Número de casos	IBS DGE 2011
Defunciones por accidentes de tránsito	1,553	Número de casos	IBS DGE 2011
Tasa de mortalidad estandarizada para enfermedades transmisibles	106,0	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2011
Tasa de mortalidad estandarizada para neoplasias	107,0	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2011
Tasa de mortalidad estandarizada para enfermedades aparato circulatorio	100,4	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2011
Tasa de mortalidad estandarizada para causas externas	58,9	Tasa por 100 000 hab	IBS DGE 2011

Anexo 2: Examen con los interesados directos externos

a. Intervenciones más destacadas de OPS que deberían continuar.

	Personal OPS	Mesa de cooperantes	Sociedad civil	Directores Ejecutivos MINSA	Directores Generales MINSA
1. Abogacía de temas cruciales	X	X	X	X	X
2. Cooperación Sur-Sur	X	X	X	X	X
3. Mejorar gestión (efectiva y eficiente)	X	X	X	X	X
4. Prospectiva	X	X	X	X	X
5. Interculturalidad	X	X	X	X	X
6. Intersectorialidad	X	X	X	X	X
7. Redes regionales	X	X	X	X	X
8. Descentralización, trabajo directo con regiones y municipios	X	X	X		
9. Referente en salud	X	X	X	X	X
10. Emergencias	X	X	X	X	
11. Prioridades nacionales	X	X	X	X	X
12. Desarrollo de recursos humanos. Campus virtual más difusión y extensión de cursos	X	X	X	X	X
13. Nutrición	X	X	X	X	
14. Desarrollo e inclusión social	X	X	X	X	X

b. Otras áreas en las que OPS podría contribuir.

	Personal OPS	Mesa de cooperantes	Sociedad civil	Directores Ejecutivos MINSA	Directores Generales MINSA
1. Determinantes sociales de la salud	X	X	X	X	X
2. Trabajar más con otros sectores	X	X	X	X	
3. Trabajar con subsector privado	X	X	X		
4. Trabajar con otras Agencias	X	X	X		
5. Interprogramático	X	X	X		
6. Sociedad civil, participación ciudadana	X	X	X		
7. Racionalización de gasto	X	X	X	X	X
8. Derechos, ciudadanía	X	X	X		
9. Reducción de desigualdades e inequidad	X	X	X	X	
10. Movilización de expertos	X	X	X	X	X
11. Apoyo a regiones más débiles	X	X	X	X	
12. Armonización mayor con otros cooperantes	X	X	X		X
13. Importar y exportar conocimiento	X	X	X	X	X
14. Formación y diseminación de políticas públicas subregionales	X	X	X	X	X
15. Monitoreo de experiencias nuevas. Sistematización				X	X
16. Evaluación, evidencias sobre impacto	X	X		X	X
17. Gestión hospitalaria. Modernización de servicios. Transferencia tecnológica				X	X
18. Pregrado de Universidades	X	X	X	X	
19. Discapacidad	X	X	X		
20. Sistemas de información: centro de Información, base de datos. Telesalud	X	X	X	X	X

c. Las intervenciones de escaso valor agregado que debieran dejar de implementarse.

	Personal OPS	Mesa de cooperantes	Sociedad civil	Directores Ejecutivos MINSA	Directores Generales MINSA
Centrarse en MINSA o pocas instituciones	X	X	X		
Acciones que le hacen perder neutralidad (compras)				X	X
No ser operador directo		X	X	X	X
Influir en agenda del país				X	X
Abarcar demasiados temas	X	X			
Apoyos logísticos aislados (solo almuerzos, viáticos)	X	X			
Reducir burocracia	X	X	X	X	X
Apoyar actividades fuera del Plan de Trabajo de OPS y no solicitadas por el Viceministro	X	X	X		
No competir	X	X	X		
Implementación de programas y proyectos con resultados propios		X	X		
No responder acriticamente al pedido de uso aislado del recurso	X	X			
Apoyo directo a municipios y regiones sin coordinar con MINSA				X	X
Reducir enfoque en oferta y aumentar en la demanda	X	X	X		
No sustituir a los equipos nacionales		X		X	X

Anexo 3: Participantes en el proceso de revisión y formulación de la ECP 2014-2019

Autoridades del Ministerio de Salud

Viceministro y Alta Dirección

1. José Carlos del Carmen Sara, Viceministro de Salud.
2. Pedro Guerrero, Asesor, Viceministro de Salud.
3. María Paulina Giusti Hundskopf, Jefa del Gabinete de Asesores.
4. Gloria Marisella Mallqui Osorio, Asesor del Despacho Viceministerial.
5. Víctor Cuba Oré, Director General, Oficina de Cooperación Internacional (OGCI).
6. Manuel Jesús Ordóñez Reaño, Director General, Oficina General de Administración (OGA).
7. Cecilia Kuroiwa Pérez, Oficina General de Administración (OGA).
8. Augusto Martín Portocarrero Grados, Director General, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
9. Julio César Castillo Fernández, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
10. Susalén Tang Flores, Directora Adjunta, Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
11. Marisela Neyra Álvarez, Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
12. Carlos Benites Saravia, Director Ejecutivo de Saneamiento Básico, Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
13. Giovanna Galarza Silva, Coordinadora de Vigilancia Sanitaria de Alimentos, Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
14. César Cabezas Sánchez, Jefe, Instituto Nacional de Salud (INS).
15. Estela Aurora Roeder Carbo, Directora General, Oficina General de Comunicaciones.
16. Jorge Moreno Alegre, Oficina General de Comunicaciones.
17. María Salomé Estrada Farfán, Directora General, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM).
18. Bernardo Elvis Ostos Jara, Director General, Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS).
19. Hernán Efilio García Cabrera, Director General, Dirección General de Gestión del Desarrollo en Recursos Humanos (DGGDRH).
20. Pedro Díaz, Dirección General de Gestión del Desarrollo en Recursos Humanos (DGGDRH).
21. Donatila Ávila Chávez, Coordinadora Técnica, Dirección General de Gestión del Desarrollo en Recursos Humanos (DGGDRH).

22. Carmen Teresa Ponce Fernández, Directora General, Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (DARES).
23. Walter Humberto Curioso, Director General, Oficina General de Estadística e Informática (OGEI).
24. Karin J. Pardo Ruiz, Oficina General de Estadística e Informática (OGEI).
25. Cecilia Barbieri Quino, Directora General, Defensoría de la Salud y Transparencia.
26. Percy B. Zavala Jaramillo, Defensoría de la Salud y Transparencia.
27. Lidia Luz Castillo Solórzano, Directora Ejecutiva, Dirección de Autorizaciones Sanitarias, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).
28. Vicky Roxana Flores Valenzuela, Directora Ejecutiva, Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).
29. Samín Vargas Villavicencio, Coordinador Técnico, Sistemas de Salud.

Directores Ejecutivos

30. María Cecilia Lengua Hinojosa, Directora General, Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
31. Cecilia M^a Bedoya Velasco, Directora Ejecutiva Adjunta, Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
32. Carlos Alberto Alvarado Chico, Director Ejecutivo, Dirección de Atención Integral en Salud.
33. Juan del Canto, Dirección de Atención Integral en Salud.
34. Luis Humberto Legua García, Director Ejecutivo, Dirección de Calidad en Salud.
35. Héctor Manrique Cienfuegos, Director Ejecutivo, Dirección de Servicios de Salud.
36. Carlos Bromley Coloma, Director Ejecutivo, Dirección de Salud Mental.
37. Luz Aragonés Alosilla, E.T. Salud Mental, Dirección de Salud Mental.
38. Carlos Benites Villafane, Coordinador Nacional, ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH SIDA.
39. Rosa Albina Burgos Aliaga, Coordinadora Nacional, ESN de Vigilancia y Control de Riegos de Contaminación con Metales pesados y otras Sustancias Químicas.
40. Martín Clendenes Alvarado, Coordinador Nacional, ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores.
41. Jorge Escobedo Paredes, ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores.
42. Marcos Rubén Calle Quispe, Coordinador Nacional, ESN de Salud Bucal.
43. Ebingen Villavicencio, ESN de Salud Bucal.

44. Harvy Honorio Morales, Coordinador Nacional, ESN de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.
45. Lucy Virginia del Carpio Ancaya, Coordinadora Nacional, ESN de Salud Sexual y Reproductiva.
46. Marisol Campos, ESN de Salud Sexual y Reproductiva.
47. Alberto Zapata, Equipo Técnico, ESN de Salud Sexual y Reproductiva.
48. Valentina Antonieta Alarcón Guizado, Coordinadora Nacional, ESN de Prevención y Control de Tuberculosis.
49. Ana María Navarro Vela, Coordinadora Nacional, ESN Zoonosis.
50. Nancy Loayza Urcia, Coordinadora Nacional, PROBAHEBAS.
51. Olga Patricia Polo Ubillus, Coordinadora Nacional, Estrategia Sanitaria Nacional.
52. Diego Rolando Venegas Ojeda, Coordinador Nacional, Plan Cáncer.
53. Félix García, Jefe de Equipo, Gestión de Capacidades.

Sistema de Naciones Unidas y otros Cooperantes

54. Fernando Leanes, Representante, OPS/OMS Perú.
55. Rebeca Arias, Coordinadora Residente Naciones Unidas y Representante Residente, PNUD.
56. Caroline Chang, Secretaria Ejecutiva, ORAS/CONHU.
57. Gloria Lagos, ORAS/CONHU.
58. Hernán Clavijo, Representante (a.i.), UNFPA Perú.
59. Gracia Subiría, UNFPA.
60. Mario Tavera, Oficial de Salud, UNICEF.
61. José Bacigalupo, Banco Mundial.
62. Veronique Gerard, Cooperación Belga.
63. Luis Seminario, USAID.
64. José Pablo Montero, Embajada de Cuba.

Otras instituciones y Ministerios

65. Juan Pablo Silva, Viceministro, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
66. César de las Casas, Director de Diplomacia Social, Ministro de Relaciones Exteriores.
67. Federico Arnillas, Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza.
68. Karla Schaefer, Presidenta, Comisión de Salud, Congreso de la República.
69. Carlos Espinoza Barreto, Asesor, Congreso de la República.
70. Julio Guzmán, CONADIS. Asistió en su representación Y. Beteta.
71. Eduardo Durand, Dirección de Cambio Climático, MINAM.

72. Rogger Morales, Especialista en Gestión de Riesgos de Desastres, MINAM.
73. Plinio Vergara, ADRA Perú. Asistió en su representación Samuel Candela Oré.
74. Frank Boeren, OXFAM Perú.
75. Patricia Olinda Carrillo Montenegro, Dirección General de Transversalización del Enfoque de Género, MIMP.

Sociedad civil

76. Patricia García, Decana, Facultad de Salud Pública, UPCH.
77. Alfonso Nino Guerrero, Facultad de Salud Pública, UPCH.
78. Jorge Alarcón, Director IMT, Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM.
79. Ariel Frisancho, Coordinador Nacional, ForoSalud.
80. Plinio Vergara, ADRA Perú.
81. Samuel Candela Oré, ADRA Perú.
82. Frank Boeren, OXFAM Perú.
83. Ana María Arenas, Decana, Colegio de Enfermeros.
84. César Amaro, Decano, Colegio Químico Farmacéutico.

OPS/OMS Perú

85. Ana Soledad Arana Sunohara, Consultora, Acompañamiento a Proyectos.
86. María Edith Baca Cabrejos, Consultora, Género, Diversidad Cultural, Derechos y Salud.
87. Carlos Cecilio Arósquipa Rodríguez, Consultor, Apoyo a la Atención Centrada en los Países.
88. Celso Bambaren Alatriza, Consultor, Sistemas y Servicios de Salud.
89. Marta Isabel Bryce Delgado, Especialista, Gestión del Conocimiento y Comunicaciones.
90. Mónica Cáceres Moreno, Responsable, Unidad de Recursos Humanos.
91. Inés Calderón Villar, Consultora, Comunicaciones y Prensa.
92. Miguel Dávila Dávila, Consultor, Salud del Niño y AIEPI.
93. Adrián Díaz, Asesor, Salud Familiar y Comunitaria.
94. Jonathan Hawthorne Drewry, Asesor, Evaluación de Impacto en Salud.
95. Violeta Egúsquiza Valverde, Responsable, Unidad de Finanzas.
96. Ana María Frixone Astorga, Administradora.
97. José Francisco García Cutiérrez, Asesor, Desarrollo de RRHH para la Salud.
98. María Angélica Gomes, Asesora, Sistemas y Servicios de Salud.

99. Guillermo Enrique Gonzalvez García, Asesor, Vigilancia Salud, Prevención y Control Enfermedades.
100. Juan Alfredo Guzmán Changanquí, Consultor, Salud Sexual y Reproductiva.
101. Luis Fernando Leanes, Representante.
102. Luis Fernando Llanos, Consultor, Seguimiento de Situación y Tendencias de Salud.
103. Hugo Miguel Malo Serrano, Asesor, Desarrollo Sostenible y Salud.
104. Leticia Martinez Lopez, Técnico en Gestión del Conocimiento.
105. Catalina Mascco Ortega, Asistente, Documentación e Información.
106. Jacqueline Nadia Medina Suárez, Consultora, Gestión de Información, Web y Redes Sociales.
107. Fabiana Paola Michel Valdez, Asesora, Inmunizaciones.
108. Ana Riviere Cinnamond, Asesora, Eco-Salud.
109. Alfonso Tenorio Gnecco, Asesor, Prevención y Control de Tuberculosis.
110. Washington Toledo Hidalgo, Consultor, Inmunizaciones.
111. Patricia Ugarte Rodriguez, Especialista, Gestión de Programa y Presupuesto.
112. Marco Antonio Natal Vigilato, Asesor, Salud Pública Veterinaria.
113. Rosa Amelia Villar López, Consultora, Acceso a Productos Médicos y Fortalecimiento de Capacidad Regulatoria.

Anexo 4: Programa de Misión ECP de Sede Regional. 24 al 28 de junio del 2013

PARTICIPANTES

Misión Especial

Fernando Leanes, Representante, OPS/OMS en Perú.
Guillermo Birmingham, Administrador, OPS/OMS.
Carlos Alvarado, Gestión de Recursos Humanos, OPS/OMS.
Silvayn Aldighieri, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OPS/OMS.
Amalia del Riego, Programación y Presupuesto, OPS/OMS.
Rosa Silvestre, Cooperación enfocada en países, OPS/OMS.
José Ruales, Representante, OPS/OMS en El Salvador.

Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú

Ana María Frixone, Administradora, OPS/OMS Perú.
Patricia Ugarte, Oficial de Programación y Presupuesto, OPS/OMS Perú.
Carlos Arósqipa, Consultor de Recursos Humanos, OPS/OMS Perú.
Julio Pedroza, Consultor Nacional OPS/OMS Perú.

Funcionarios nacionales

Midori de Habich, Ministra de Salud.
José Carlos Del Carmen Sara, Viceministro de Salud.
Virginia Baffigo, Presidenta EsSALUD.
Óscar Ugarte, Presidente Ejecutivo de SISOL (ex Ministro de Salud).
Augusto de las Casas, Director para Asuntos Sociales, Cancillería.
Gladys Castañeda, Asuntos Sociales, Cancillería.
Luis Olivera, Director Ejecutivo de APCI.
Jesús Quispe, Coordinador de la Mancomunidad de las Regiones de los Andes.
Ariel Frisancho, Coordinador de ForoSalud (Sociedad Civil).
Karla Schaeffer, Congresista, Presidenta del Congreso de la República.
Jaime Delgado, Congresista, ex Presidente de la Comisión de Defensa del Derecho al Consumidor.
Fernando Bolaños, Viceministro de Educación.
Alfonso Tolmos, Director General de Estrategias y Políticas de MIDIS.

Otros cooperantes

Fidel Jaramillo, Representante del BID.
Caroline Chang, ORAS/CONHU.

Representantes de las agencias del Sistema y Coordinadora Residente

PROGRAMA

Lunes 24 de junio de 2013

Hora	Actividad	Objetivo de la actividad	Participantes	Lugar
09:00-10:00	Briefing	Revisión programa misión. <i>Patricia Ugarte</i>	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	OPS/OMS/ Auditorio
10:00-11:00	Reunión	Intercambio con el personal PWR. <i>Fernando Leanes, Rosa Silvestre y Guillermo Birmingham</i>	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú. Personal PWR	OPS/OMS/ Auditorio
11:00-12:30	Reunión	Avances y desafíos de la ECP <i>Coordinadores de Proyecto</i>	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú y coordinadores de proyecto y ETRAS	OPS/OMS/ Auditorio
14:00-16:30	Reunión técnica	Presentación Borrador ECP <i>Patricia Ugarte, Julio Pedroza y Fernando Leanes</i>	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú y coordinadores de proyecto	OPS/OMS

Martes 25 de junio de 2013

Hora	Actividad	Objetivo de la actividad	Participantes	Lugar
09:00-09:30	Briefing	<i>Debriefing</i>	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	Hotel
10:00-12:30	Reunión	Presentación de objetivos de Misión y resultados esperados	Misión Especial, Ministra, VM y DG OGCI	MINSA
	Reunión técnica con Directivos MINSA	Apreciación de ajustes a la ECP OPS/OMS. Presentación de reforma sector salud.	Directores Generales y Asesores MINSA, Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	
	Reunión grupo gestión	Revisión planes de implementación	ADM	OPS
12:30-14:30	Almuerzo de trabajo	Apreciación de ajustes a ECP OPS/OMS.	Óscar Ugarte, Virginia Baffigo, Luis Olivera, Jaime Delgado, Misión Especial, OPS (FL, JR, MT, RS y JP)	A definir
	Almuerzo de trabajo	Almuerzo de trabajo	Jesús Quispe, Ariel Frisancho, Fernando Tolmos y (MINAG), Adrian Diaz	
15:30-17:30	Taller Misión	Revisión de Documento ajustado de ECP 2010-2016	Misión Especial*, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú, coordinadores de proyecto y ETRAS	OPS/OMS

* José Ruales queda a cargo. GB; FL, MT y RS participan en reunión Administrativa en OPS

Miércoles 26 de junio de 2013

Hora	Actividad	Objetivo de la actividad	Participantes	Lugar
09:00-09:30	<i>Briefing</i>	Revisión de Agenda y objetivos del día	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	Hotel
10:00-12:30	Reunión Técnica	Apreciación de ajustes a la ECP OPS/OMS	Coordinadora Residente PNUD, Representantes UNICEF, UNFPA, UNAIDS, Misión Especial, ORAS/ CONHU, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	Complejo Pérez de Cuellar
15:00-16:30	Reunión Técnica Gabinete	Acuerdos y tareas para suscripción y disseminación de ECP 2010-2016	Misión Especial, Equipo OPS de Revisión, Coordinadores de Proyecto y ETRAS	OPS/OMS
	Espacio para subgrupos			

Jueves 27 de junio de 2013

Hora	Actividad	Objetivo de la actividad	Participantes	Lugar
09:00-09:30	<i>Briefing</i>	Revisión de Agenda y objetivos	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	Hotel
10:00-12:30	Reunión técnica	Presentación de la ECP revisada. Apreciación de ajustes a la ECP	Ministra de Salud, Viceministro de Salud, Misión Especial.	MINSA
	Almuerzo de trabajo			
14:30-16:00	Reunión técnica	Temas de agenda complementaria	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	OPS/OMS

Viernes 28 de junio de 2013

Hora	Actividad	Objetivo de la Actividad	Participantes	Lugar
09:00-09:30	<i>Briefing</i>	Revisión de Agenda y objetivos	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	OPS/OMS
10:00-12:30	Plenaria	Socialización de Documento Final.	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú, coordinadores de proyecto y ETRAS	OPS/OMS
12:30-14:00	Almuerzo de trabajo	AECID	Juan Diego Ruiz, José Ruales, Adrian Diaz	
14:00-15:30	<i>Debriefing</i>	Acuerdos y tareas pendientes	Misión Especial, Equipo de revisión ECP, OPS/OMS Perú	OPS/OMS

Anexo 5: Resumen de la Estrategia de Cooperación con el País: Perú 2014 - 2019



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Estrategia de Cooperación

Resumen

Perú



<http://www.who.int/countries/en/>

REGIONES DE LA OMS	Américas
Grupo de ingresos del Banco Mundial	Renta media alta
INDICADORES DE SALUD ACTUALES	
Población total (en miles) (2012)	29988
% de población menor de 15 años (2012)	29.18
% de población más de 60 años (2012)	9.12
Esperanza de vida al nacer (2012) Total, hombres y mujeres	77 (Ambos sexos) 75 (Hombres) 79 (Mujeres)
Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) (2013)	8 [5-12]
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 (2013)	17 [13-21]
Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos (2013)	89
% cobertura de la inmunización DPT3 en niños de 1 año (2013)	88
Partos atendidos por personal de salud calificado (2012)	86.7
Densidad de los médicos (por 1000 habitantes)(2012)	1.132
Densidad de enfermeras y parteras (por 1000 habitantes)(2012)	1.514
Gasto total en salud como % del Producto Interno Bruto (2012)	5.1
Gasto público en salud como % del gasto público del Gobierno (2012)	18.3
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud (2012)	41.1
Tasa de alfabetización de adultos más de 15 años (%) (2007)	89.6
% de población con acceso sostenible a fuente de agua mejorada (2012)	87 (Total) 72 (Rural) 91 (Urbano)
% población con acceso sostenible a saneamiento mejorado (2012)	73 (Total) 45 (Rural) 81 (Urbano)
Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de \$1,25 por día (PPA) (% de la población) (2010)	4.9
Rango en el índice de desarrollo relativo al género fuera de 148 países (2012)	73
Posición del Índice de Desarrollo Humano en relación a 186 países (2012)	77

Fuentes de los datos:
Observatorio Mundial de la Salud, Abril de 2014
<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

SITUACIÓN DE LA SALUD

En el período 2006-2010 la razón de mortalidad materna disminuyó de 185 a 93 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. La mortalidad infantil ha disminuido de 55 a 16 por 1000 nacidos vivos entre los 90 y 2013.

En 2012 se notificaron 1 053 195 enfermedades diarreicas agudas y 30 857 neumonías en menores de 5 años; 26 794 casos de tuberculosis (1 225 resistentes y 84 extrema-damente resistentes a medicamentos); persisten brotes estacionales de dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores; se contuvo parcialmente la epidemia de VIH; se avanza en el control de la transmisión congénita de sífilis y VIH; y en la vigilancia y el control de peste, rabia, fiebre amarilla, Chagas y fiebre de Mayaro. En 1991 se notificó el último caso de polio por virus salvaje. Desde 2001 no se reportan casos de sarampión por virus endémico y desde 2007 no se reportan casos de rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. La tos ferina es una enfermedad de comportamiento endémico y periódicamente se reportan brotes epidémicos. Se ha logrado reducir significativamente la incidencia y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación.

Se ha incrementado la prevalencia de enfermedades no transmisibles y el número de lesiones no intencionales, que incluyen los accidentes de tránsito. Los tumores malignos en el Perú producen alta mortalidad. Los factores de riesgo relacionados con el medio ambiente, especialmente la minería extractiva, generan alta carga de enfermedad.

El país cumple con los mecanismos de notificación del Reglamento Sanitario Internacional y se encuentra en proceso de adecuar sus capacidades. El Perú como Estado Parte en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, avanzó en su implementación y en la formulación de proyectos legislativos para la prohibición, promoción y patrocinio del tabaco.

SALUD Y DESARROLLO

El Perú ha logrado reducir progresivamente la pobreza monetaria promedio en los últimos años. En 2013 el 23.9% de los peruanos tienen capacidad de gasto menor que la canasta básica y los hogares rurales son tres veces más pobres que los del área urbana. La capacidad de ejecución descentralizada y la articulación de políticas sociales representan retos importantes.

Es prioridad nacional lograr la cobertura universal en salud. La estrategia para lograrla es el aseguramiento universal. El Seguro Integral de Salud es financiado con presupuesto público y dirigido, originalmente a población vulnerable y en pobreza. En 2012, el aseguramiento en salud alcanzó al 73% de afiliación de la población, duplicando el porcentaje de la década previa. Este crecimiento constituye uno de los más dinámicos de la región de las Américas.

A pesar de los logros, el sector tiene desafíos importantes abordados en un proceso de reforma iniciado en 2013: (1) el aumento del financiamiento público que sigue siendo de los más bajos de la Región; (2) aumento de carga y riesgo de enfermedades transmisibles (primera causa de mortalidad) y de enfermedades crónicas no transmisibles; y (3) articulación de políticas para el logro de metas de desarrollo que aborden el curso de la vida desde la prevención del embarazo de las adolescentes hasta la salud de los adultos mayores.

COOPERACIÓN PARA LA SALUD

Los principales cooperantes bilaterales del sector salud son Estados Unidos, la Unión Europea, España, Italia, Canadá y Bélgica; la cooperación multilateral lo constituyen las Agencias de Naciones Unidas cuyo marco de cooperación 2012-2016 reconoce los logros del país y enfatiza la urgente necesidad de que el crecimiento económico se traduzca en desarrollo social equitativo. Por la condición de país de renta media alta los presupuestos de los donantes y agencias de cooperación, incluido la OPS, se han reducido de manera significativa.

Por iniciativa del Ministerio de Salud, se ha intensificado en los dos últimos años la coordinación de la cooperación en salud, habiéndose instalado un espacio denominado Mesa de Socios de la Cooperación en Salud en la que participan socios bilaterales y multilaterales de cooperación en salud.

AGENDA ESTRATÉGICA OPS/OMS (2014-2019)

Con base en el análisis de situación en salud y la percepción de los socios consultados, se considera que entre 2014 y 2019:

- El Perú afianzará el propósito de cobertura universal en salud: continuará la implementación de medidas de reforma, aumento de presupuesto público, número de asegurados y prestaciones.
- El Ministerio de Salud (MINSA) requerirá apoyo para desarrollar rectoría, liderazgo y gobernanza, mejorar la organización de los servicios de salud, desarrollar recursos humanos, y generar condiciones de acceso a medicamentos y tecnologías.
- Mejorará la situación de las determinantes sociales de la salud, pero se mantendrán brechas y el reto de control de las enfermedades transmisibles y desatendidas, particularmente en áreas rurales y urbano marginales. La articulación entre sectores persistirá como reto para alcanzar metas de desarrollo humano sostenible.
- Se consolida como prioridad y demandará apoyo el control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.
- La política exterior es considerada esencial para el desarrollo sostenible, la superación de la pobreza y la inclusión social, a través de la integración y promoción económica, la industrialización, el desarrollo de ciencia y tecnología, y la cooperación.

En función de lo anterior, la Agenda Estratégica se articula así:

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS	ÁMBITOS PRIORITARIOS CLAVE PARA LA COOPERACIÓN DE LA OMS
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1: Rectoría del sector salud	1.1 Apoyo al fortalecimiento de la rectoría de la autoridad nacional.
	1.2 Apoyo a la extensión de la protección social
	1.3 Apoyo a la gestión y el desarrollo de los Recursos Humanos
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2: Acceso y calidad de los servicios	2.1 Apoyo del desarrollo de los servicios y redes integrales e integradas
	2.2 Apoyo del desarrollo de políticas de acceso a medicamentos, sangre y tecnologías
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3: Vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades	3.1 Apoyo a la formulación, ejecución y evaluación de políticas, estrategias y planes nacionales y su articulación con la agenda regional y global
	3.2 Apoyo a los procesos de inteligencia epidemiológica y de gestión del riesgo de desastres
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4: Abordajes inclusivos con enfoque derechos humanos, género, interculturalidad, APS, familia y comunidad, curso de vida y determinantes	4.1 Apoyo a la formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y normas
	4.2 Apoyo a la promoción de la salud y al abordaje de salud en todas las políticas

- Comparado con períodos anteriores, con marco en las capacidades desarrolladas, la condición de país de renta media alta, y la política presupuestaria de OPS vigente desde 2014, el énfasis está puesto más en la facilitación del diálogo, las articulaciones y el fortalecimiento de la rectoría que en la asistencia técnica directa.
- Se promueve la cooperación entre países y las alianzas. Se aprovechan las ventajas del país en áreas como epidemiología, salud intercultural, medicina tradicional, legislación en salud y control del cáncer. Se apoya la definición de estrategias y posicionamientos nacionales frente a políticas globales.
- Se da prioridad a los derechos humanos de género, e interculturalidad. Se apoya el seguimiento de las observaciones del Examen Periódico Universal junto con las otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas y la sociedad civil.
- La Agenda se articula con las mesas de cooperantes nacional y sectorial presididas por APCI y MINSA.
- El MINSA tiene mandato de asistencia a entidades subnacionales, y la OPS/OMS lo apoya cuando es pertinente. El apoyo de la OPS/OMS a gobiernos descentralizados es en coordinación con el gobierno nacional. La OPS/OMS va a acompañar la identificación y movilización de recursos extrapresupuestarios para implementar proyectos de desarrollo en salud o dar respuesta a emergencias.
- Se da un especial énfasis en poner a disposición del país recursos de programas regionales y mundiales de la OPS/OMS, y el intercambio y asesoramiento con los expertos de la organización y de los países. Especialmente, se aprovechan las ventajas comparativas de la Oficina de País para facilitar el apoyo adicional directo de asesores con ámbito de trabajo regional.
- La OPS/OMS en el Perú procura optimizar procesos articulando con las agencias del Sistema de Naciones Unidas, la sede de la OPS y con otras oficinas y centros de OPS/OMS.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**