



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS PERÚ 2010-2014

Lima, Noviembre 2009

INDICE

I. INTRODUCCION	3
II. DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PERÚ	4
2.1 Tendencias demográficas	
2.2 Principales determinantes sociales de la salud	
2.3 Prevención y mitigación de desastres	
2.4 Situación de la salud	
2.5 El sistema de salud	
2.6 Retos de la cooperación técnica	
III. COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS	27
IV. ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS	29
4.1 Recursos de la Organización	
4.2 Recursos financieros y ejecución presupuestaria	
4.3 Infraestructura y equipos de la oficina	
V. EL MARCO POLÍTICO DE LA OMS, DIRECTRICES MUNDIALES Y REGIONALES	33
VI. AGENDA ESTRATÉGICA	35
6.1 Introducción	
6.2 Prioridades de cooperación técnica de la OPS/OMS con el país	
6.3 Enfoque estratégico de la cooperación técnica	
VII. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA	40
Anexos	42
Anexo 1 Organigrama de la Representación de OPS/OMS-Perú 2009	
Anexo 3 Entidades participantes	
Anexo 4 Siglas	
Anexo 5 Agenda de Primera Misión en Perú	
Anexo 6 Agenda de Segunda Misión en Perú	

I. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Cooperación Técnica al País (ECP) refleja una visión a mediano plazo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de Salud (OPS/ OMS) para la cooperación técnica con Perú y define un marco estratégico para la acción. Es un instrumento de integración de los diversos niveles de la organización, articulador de los Objetivos del Milenio (ODM) con otros procesos de carácter global, regional y nacional, así como con los demás socios del desarrollo y del Sistema de las Naciones Unidas (NNUU). La ECP es el resultado de un proceso de consultas con actores claves de la salud en Perú, a través de un debate democrático, abierto y flexible, que ha permitido su adaptación a las situaciones coyunturales del país. Además, este proceso tuvo el acompañamiento y el compromiso de las autoridades del Ministerio de Salud del Perú.

El proceso de preparación de la Estrategia de Cooperación para el País (ECP) se inició con una primera misión, en marzo del 2009, que realizó entrevistas a los principales socios estratégicos para la cooperación en el país. El equipo OPS/OMS de la representación de Perú elaboró la primera versión del documento que tomó como base el análisis de la situación de salud del país y la relatoría de las entrevistas realizadas en la primera misión.

La segunda misión, en octubre del 2009, tuvo como propósito la revisión y ajuste del documento borrador y la elaboración de la agenda estratégica, asimismo identificó, con el equipo OPS/OMS Perú, las implicancias para la Organización y el diseño del plan de implementación de la estrategia.

El ejercicio de discusión y elaboración de la Estrategia de Cooperación OPS/OMS para el Perú se ha caracterizado por:

1. El análisis se centró en el país y sus problemas para el desarrollo nacional de la salud.
2. Ejercicio participativo, que se basa en el consenso entre los actores claves involucrados - nacionales e internacionales, públicos y privados- y entre los distintos niveles de la OPS/OMS, -OMS, OPS, Proyectos Subregionales y recursos de cooperación técnica de las Representaciones de OPS/OMS de país.
3. El debate y el diálogo democrático, abierto, flexible y adaptable a las situaciones coyunturales del país
4. Ejercicio de carácter estratégico, prospectivo y transformador que adaptó y ajustó la cooperación técnica y, al mismo tiempo, trató de aportar como proceso de aprendizaje
5. Énfasis integrador de los diversos niveles de la Organización y articulador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con otros procesos, así como con los demás socios del desarrollo y del Sistema de Naciones Unidas.

II. DESAFIOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PERU

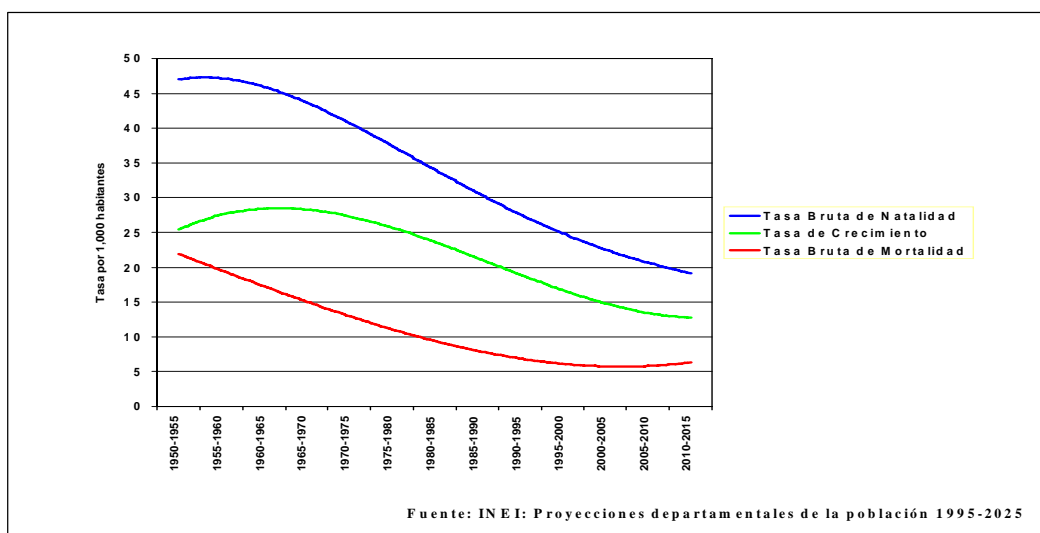
2.1 Tendencias demográficas

Perú está ubicado en la parte central y occidental de América del Sur, tiene una superficie de 1'285,215.6 km². Políticamente se encuentra dividida en 24 departamentos o regiones y la Provincia Constitucional del Callao; en octubre de 2007 se subdividía en 195 provincias y 1.834 distritos.

En 2007 contaba con una población de 28'220,764 habitantes, y se estima que para 2010 contará con 29 millones 958 mil habitantes, y 31 millones 972 mil para el 2015. Entre 1993-2007, tuvo una Tasa de crecimiento de 1.5 por 100 habitantes, mientras que entre 2004-2006 su Tasa Global de Fecundidad fue de 2.6 hijos por mujer. Se estima que en el quinquenio 2005-2010 la Tasa bruta de natalidad (TBN) es de 19,3 y la Tasa bruta de mortalidad (TBM) en 6.0 por cada 1,000 habitantes. En 2007, el 30.5% de su población era menor de 15 años de edad y 6.5% mayor de 64 años. En los siguientes años la población peruana continuará reduciendo su tasa de crecimiento, con un progresivo envejecimiento, que incrementará su tasa de mortalidad (Cuadro 1).

La brecha entre lo rural y lo urbano es significativa para el país porque es precisamente en las áreas rurales donde se presentan las mayores inequidades sociales, económicas y culturales.

Cuadro 1. Cambios demográficos en el Perú en el último medio siglo



2.2 Principales determinantes sociales de la salud

En el Perú persisten las disparidades en relación a los determinantes sociales más importantes, tales como el ingreso, el nivel educativo, el lugar de residencia y el grupo étnico. Asimismo, como en otros países de la región de las Américas, los promedios nacionales, no reflejan la realidad nacional, y las brechas e inequidades persisten

también dentro de los países. En el Perú, 65 % de las muertes maternas ocurren en once departamentos con menores Índices de Desarrollo Humano y que poseen los mayores porcentajes de desnutrición crónica y de analfabetismo femenino.

Los principales determinantes sociales de la salud del país pueden resumirse en: *altos índices de pobreza y desigualdades, déficit de instrucción (analfabetismo y baja calidad de la educación), insuficiente acceso, cobertura y calidad de los servicios básicos, alto número de viviendas no saludables (agua y saneamiento básico), bajo nivel de financiamiento del sector salud barreras sociales, culturales y de oportunidades para las poblaciones pobres, rurales e indígenas, violencia social y, doméstica, accidentes de tránsito, alta vulnerabilidad a los desastres*

Al 2008, la meta de reducción de la pobreza extrema¹ se ha cumplido en el 92% a nivel nacional. Sin embargo, las desigualdades entre áreas urbanas y rurales se han incrementado. La meta de reducción a la mitad del porcentaje de personas, cuyos niveles de ingresos están por debajo de la línea de pobreza extrema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, está a punto de cumplirse. De 23% de pobreza extrema en 1991, se pasó a 12,6% en el año 2008. Según el Informe, en el ámbito nacional se ha reducido la incidencia de pobreza en todos los departamentos del Perú, excepto en Huancavelica

Sin embargo los **índices de pobreza**, continúan en niveles altos en el país. En 2008, el 36.2 % de la población peruana estaba en situación de pobreza y el 12.6% en pobreza extrema. Los departamentos con mayor porcentaje de población pobre, en el 2007, fueron: Huancavelica (85.7%), Apurímac (69.5%), Ayacucho (68.3%), Puno (67.2%) y Cajamarca (64.9%). Hay que señalar que en los primeros cuatro de ellos, más del 50% de la población tienen como lengua materna una nativa (quechua, aymará o de la amazonia).

Cuadro 2. Indicadores pobreza extrema y pobreza total

Indicadores	Año Base	2002	2008	Meta al 2015
Tasa de pobreza extrema	23.0 (1991)	23.9 9.7 (Urbana) 50.3 (Rural)	12.6 5.8 (Urbana) 21.0 (Rural)	11.5
Tasa de Pobreza Total	54.4 (1991)	54.4 42.0 (Urbana) 78.4 (Rural)	36.2 23.5 (Urbana) 59.8 (Rural)	27.3
Brecha de la pobreza total		16.2 (2004) 10.6 (Urbana) 26.6 (Rural)	11.1 5.8 (Urbana) 21.0 (Rural)	
Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre		5.6	5.8	

Fuente: Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD

Como puede observarse en el Cuadro 2, entre el 2004 y el 2008, la brecha de la pobreza en promedio se redujo en 5,1 puntos porcentuales. Por otra parte, en el área rural, si bien se registra una disminución en la brecha de pobreza de 5,6%, ésta es aún elevada (21%). En el ámbito laboral, al 2008 la tasa de ocupación de la población en

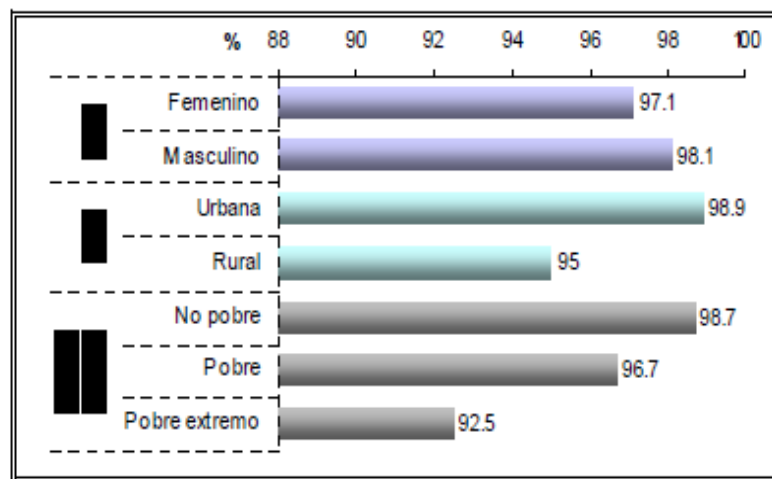
¹ Resumen Ejecutivo Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima, 2009

edad de trabajar fue de 70% y la cuarta parte de la población ocupada tenía ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema.

En **educación**, algunos indicadores han mejorado. La universalización de la educación primaria es un objetivo casi cumplido, en los últimos diez años, la tasa neta de matrícula¹ ha fluctuado entre el 90.6%¹ y el 94.2%. El alfabetismo de la población entre 15 a 24 años se muestra sin mayores diferencias entre las regiones, con porcentajes entre 95 y 99,1%. La Región de Cajamarca tiene el porcentaje más bajo de alfabetismo, con un 92,9%. No obstante, el vínculo entre ruralidad y pobreza persiste, a pesar de los logros alcanzados, y esto se evidencia cuando observamos que entre los pobres extremos, una de cada diez personas entre los 15 y 24 años de edad es analfabeta (Cuadro 3).

A nivel nacional, la brecha entre hombres y mujeres, parece estar casi cerrada. Sin embargo, en el área rural la brecha subsiste aún. En el año 2008, la tasa de alfabetismo alcanzó al 92.9% de las mujeres de la zona rural, mientras que entre los varones ésta fue del orden del 96.8%.

Cuadro 3. Tasa de alfabetismo en la población con edades entre 15 y 24 años, según sexo, área urbano rural y nivel de pobreza, 2008²



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.

El déficit de instrucción, se refleja además en la baja calidad de la educación. Persiste un grave problema en la calidad de la educación en los centros de enseñanza pública mismo Estado reconoce. Una de las razones para ello es el bajo presupuesto en educación, alrededor del 3% del PBI, uno de los más bajos de América Latina.

El **insuficiente acceso, cobertura y calidad de los servicios básicos** está reflejado en un alto número de **viviendas no saludables** lo cual es uno de los más significativos determinantes sociales de la salud (Cuadro 4). En Perú, persiste el limitado acceso de la población a los servicios de abastecimiento de agua potable y de alcantarillado, en 2007, sólo el 60.6% de los hogares del país se abastecían de agua por red pública dentro de la vivienda. En el área rural este porcentaje solo alcanza al 32 %. El déficit es aún mayor en el servicio de alcantarillado, ese mismo año, sólo el

² Resumen Ejecutivo Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima, 2009

54.0% de los hogares tenían conexión a la red pública de alcantarillado, mientras que 19.7% no tenía ningún sistema de eliminación de excretas o usaban un río o canal. Mientras que el 77.8% de los hogares urbanos acceden a la red pública de alcantarillado en la zona rural este porcentaje solo llega al 7.7%.

Cuadro 4. Indicadores acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento³

Indicador	1993 (a)	2007 (b)	2015 (c)
	%	%	%
Cobertura de agua potable en el área urbana	81,1	85,3	87,0
Cobertura de saneamiento en el área urbana	60	77,0	84,0
Cobertura de agua en el área rural	6,9	32,0	70,0
Cobertura de saneamiento en el área rural	24,6	13,1	60,0
Cobertura total de agua potable	58,9	69,2	82,0
Cobertura total de saneamiento	49,4	57,9	77,0

Fuente: (a) INEI. Censo 1993

(b) INEI. Censo 2007. (No considera pozo negro, ciego/ letrinas en Saneamiento en el área rural)

(c) Plan Nacional de Saneamiento 2006 – 2015

El **presupuesto público asignado a salud**, en relación al PBI, es uno de los más bajos de la Región de las Américas. En los últimos años, ha mejorado el acceso a los servicios de salud, por intervenciones como el Seguro Integral de Salud (SIS) y la Estrategia Crecer, pero aún persisten problemas en la calidad de los servicios prestados por los establecimiento de salud del sector, así como en los niveles de resolución de los establecimientos de salud ubicados en las zonas rurales y peri urbanas (Cuadro 5)

³ Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima, 2009

Cuadro 5. Participación del Presupuesto del Sector Salud a nivel nacional en relación al Presupuesto del Sector Público y PBI⁴

Entidades	Presupuesto Institucional de Apertura - PIA				PROY. PPTO
	2006	2007	2008	2009	2010
Ministerio de Salud - MINSA	2,003.3	2,089.3	2,756.1	2,158.6	2,757.3
Organismos Públicos Descentralizados - OPDs	424.8	533.6	680.3	643.3	713.3
Unidades Ejecutoras Sector Salud Gob. Regionales	1,382.0	1,472.5	1,640.9	1,862.3	2,395.5
Reserva de Contingencia (*):					
Nombramiento: Ley N° 28498 y 28560					111.9
2 AETAS para personal de salud en regiones					25.0
AUS: Dotación RRHH, apoyo, gestión, ampliación y supervisión de pilotos.					128.2
Mantenimiento y Equipamiento de EEES					165.0
SIS: Prestaciones a microempresas, pago de deudas 2008					110.5
Sector Salud a Nivel Nacional (**)	3,810.1	4,095.4	5,077.3	4,664.2	6,406.7
Presupuesto de Sector Público	50,862.3	61,627.0	71,049.8	72,355.5	81,857.3
Producto Bruto Interno - PBI (***)	304,500.0	341,200.0	372,800.0	387,500.0	416,500.0
% del Presupuesto del Sector Público	7.49%	6.65%	7.15%	6.45%	7.83%
% del Producto Bruto Interno - PBI	1.25%	1.20%	1.36%	1.20%	1.54%

* Reserva de Contingencia por un total de 640.6 millones

** No considera otras Instituciones del Sistema de Salud (Fuerzas Armadas y Policiales, Gobiernos Locales, etc.) ni el Sector Saneamiento.

*** Marco Macroeconómico Multianual 2010-2012 (revisado)-MEF

En el 2008, y de acuerdo a datos del censo, **el aseguramiento en salud**, alcanzó al 54.1% de la población. Esto es considerando que el Seguro Integral de Salud (SIS), representó el 30.3% del total de asegurados; mientras que la Seguridad Social (EsSalud) sólo representó el 18.9%. Debemos señalar que estos dos tipos de aseguramiento tienen grandes diferencias en cuanto a financiamiento y tipo de prestaciones que brindan, así como infraestructura, cantidad y calidad del recurso humano disponible. Mientras que el SIS es un programa de subsidio con un conjunto de prestaciones básicas de salud, EsSalud tiene un plan de atención, que incluye personal e instalaciones para brindar prestaciones de alta complejidad.

⁴ Fuente: Ministerio de Salud, Lima, 2009

Cuadro 6.

Perú: 2004-2008: Aseguramiento en Salud
(en porcentajes de la población nacional)

	2004	2005	2006	2007	2008
Tiene seguro de salud	36.8	35.8	37.9	41.7	54.1
Seguro Integral de Salud	15.5	14.9	16.3	18.2	30.3
Seguro Social de Salud (*)	16.6	16.5	17.6	18.5	18.9
Sanidades	1.6	1.7	1.4	1.8	1.7
Privado y Seguro Social	0.8	0.5	0.6	0.9	0.9
Privado	1.3	1.6	1.4	1.4	1.5
Universitario	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3
Mas de un seguro	0.6	0.4	0.5	0.5	0.6
No tiene seguro de salud	63.2	64.2	62.1	58.3	45.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(*) Incluye a Entidades Prestadoras de Salud que son alrededor del 0.5% de la población nacional

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2004,2008

Elaboración: CIES

Economía, empleo, ingresos

Desde 2001, el PIB ha registrado un crecimiento sostenido superior al promedio de América Latina, llegando a 9,1% en 2008, pero se espera una reducción importante para el 2009, probablemente sea menor al 3%. Los sectores que más han contribuido a este crecimiento son la minería, la construcción y el comercio. En relación con la crisis financiera internacional, la economía peruana ya muestra signos de recuperación de los efectos negativos y al cierre del 2009 se registraría un crecimiento de 2.2 por ciento, según estimaciones del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

En las áreas urbanas, la tasa de desempleo se ha mantenido alrededor del 8% y el subempleo entre el 42%, esto a pesar del crecimiento económico. Producto de la crisis financiera mundial de 2008 se espera que el desempleo se incremente a 9.5% en 2009. Esto incrementaría ligeramente los niveles de pobreza, que en 2007 estaban en 39.3%.

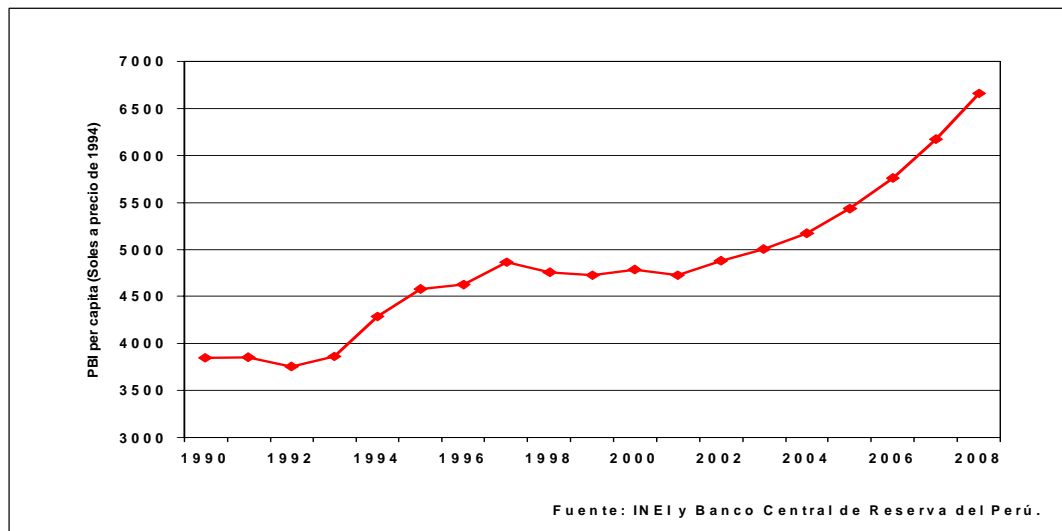
Cuadro 7. Indicadores económicos

PBI 2007: US\$ 107,504 Millones
PBI 2008: US\$ 127,796 Millones
PBI 2008, per cápita (BCR-Perú): US\$ 4,445
PBI 2008, per cápita (FMI): US\$ 4,414 (Puesto 87 de 181 países)
PBI-PPA 2008, per cápita (FMI): US\$ 8,383 (Puesto 84 de 181)
Variación PBI 2008: 9.84%
Inflación 2008: 6.65%
Tipo de Cambio 23/03/09 (Soles/Dólar): 3.121
Exportaciones 2008: US\$ 31,529 millones
Importaciones 2008: US\$ 28,439 millones
Deuda Pública Externa (a diciembre): US\$ 19,237 millones
Deuda Pública Externa/PBI (a diciembre 2008): 15.1%
Reservas Internacionales (17 marzo 2009): US\$ 29,598 millones
Riesgo-País (EMBI) al 23/03/09: 4.12 puntos
Tasa de Interés de Referencia del Banco Central (desde marzo 2009): 6.00%
Fondo Privado de Pensiones (febrero 2009): US\$ 15,028 millones

Fuente: Banco Central de Reserva del Perú

En 2008, el PBI-PPA per cápita del Perú fue de 8,383.3 dólares, la balanza comercial fue positiva en 8,356 millones de dólares, las reservas internacionales se elevaron hasta los 31,233 millones de dólares y la inflación fue de sólo 1.8%. Pero el buen rendimiento económico de los últimos no ha venido acompañado de una mejora de las condiciones socio-económicas de la población peruana, en particular la de las zonas rurales de la sierra.

Cuadro 8. PBI per cápita, Perú 1990-2008⁵



Un aspecto relevante de las condiciones socioeconómicas del país es la gran desigualdad en la distribución del ingreso nacional, y una consecuencia de ello son las grandes diferencias sociales existentes al interior del país.

2.3 Prevención y mitigación de desastres

Por su ubicación geográfica, el Perú es vulnerable a los desastres y las consecuencias generadas en la salud por estas situaciones, tales como terremotos, inundaciones, deslizamientos, sequías y heladas. Asimismo, Perú será uno de los países más afectados por el calentamiento global. Uno de sus efectos 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.

2.4 Situación de Salud

Una importante dificultad para el análisis de la situación de salud es el alto nivel de subregistro (alrededor del 40%) y la calidad del registro (% de diagnósticos mal definidos). Las enfermedades transmisibles continúan siendo la primera causa de mortalidad, seguida muy cercanamente de los tumores, luego las enfermedades cardiovasculares y las causas externas.

Salud de la niñez

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

⁵ Fuente INEI Banco Central de Reserva del Perú

población. La mortalidad infantil ha disminuido de 55 por 1,000 nacidos vivos, a inicios de la década de los 90, a 21 en 2007, aunque aún es alta en el contexto de la región de las Américas. Una de las causas para esta mejoría de la salud infantil es el incremento de las coberturas de vacunación, tema prioritario para el Estado peruano. Al esquema tradicional de vacunación, que sigue siendo la principal prioridad, se han agregado en los últimos años vacunas contra el *Hemophilus influenzae*, la Hepatitis B, el Rotavirus y la Fiebre amarilla.

Desnutrición crónica

El Perú, es uno de los países de América Latina con la más alta prevalencia de **desnutrición crónica** en menores de 5 años de edad, solo por debajo de Guatemala, Honduras, Ecuador y Bolivia. La desnutrición crónica es uno de los principales problemas del país. Los datos indican que se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad. Aproximadamente una cuarta parte de niños/as menores de 5 años adolecerían de esta. Afecta ligeramente más a niños que a niñas (24% y 22% respectivamente), y aumenta rápidamente con la edad hasta alcanzar el 30% en niños próximos a cumplir 5 años.

Al 2008, la meta de desnutrición global registra el 81% de cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Sin embargo la desnutrición crónica afecta a más del 20% de los niños y niñas menores de 5 años y el 30,9% de la población tiene déficit calórico.

Cuadro 9. Indicadores de Desnutrición

Indicadores	Año Base	2000	2008	Meta al 2015
Desnutrición infantil global	10.8 (1992)	7.1	5.9 (2007-2008)	5.4
		3.2 (Urbana)	3.3 (Urbana)	
		11.8 (Rural)	9.5 (Rural)	
Desnutrición infantil crónica	36.5 (1992)	25.4	21.9	16.0 (meta nacional al 2011)
		13.4 (Urbana)	11.8 (Urbana)	
		40.2 (Rural)	33.3 (Rural)	
Déficit calórico	22.3 (1998)	35.8 (2002)	30.9	
		29.4 (Urbana)	24.8 (Urbana)	
		47.7 (Rural)	42.5 (Rural)	

Fuente: Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD

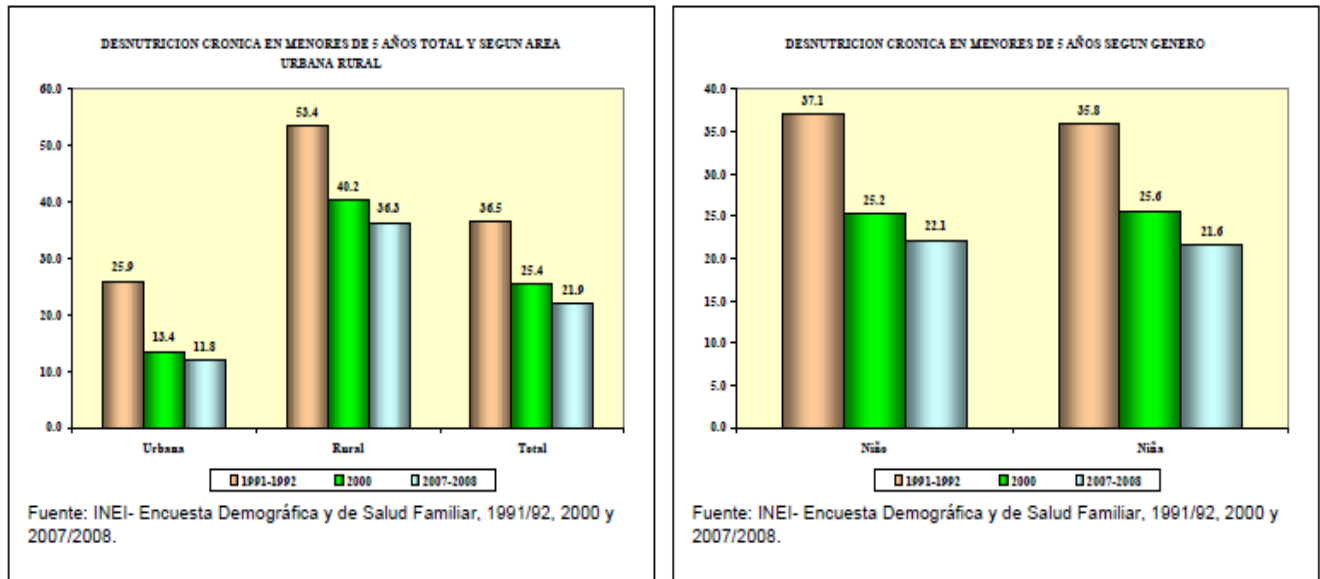
En el Perú, el porcentaje de niños y niñas con peso por debajo al peso normal para su edad, se ha reducido de 10,8% en el año 1991, a 5,9% en el periodo 2007-2008, acercándose a la meta de 5,4%, establecida para el 2015. Pero, es preciso destacar que en las áreas rurales, este indicador permanece alto, llegando a afectar entre el 2007-2008 a un 9,5% de las niñas y niños menores de 5 años, en especial a las niñas.

Entre los años 1991-1992 y 2007-2008 se aprecia una disminución de la desnutrición infantil crónica, pasando de 36,5% a 21,9% respectivamente. A pesar de ello, aún se observan grandes disparidades entre las áreas urbanas (11,8%) y rurales (36,3%). La anemia en niños es otro indicador crítico que afecta al 56,8% de niños menores de tres años. En los últimos años no se ha observado una mejora significativa.

El promedio nacional de desnutrición crónica (28,5%), en menores de cinco años, oculta las grandes disparidades existentes entre regiones más desarrolladas como Tacna (6,3%), Moquegua (9,5%), Tumbes o Lima/Callao (11,4%) respecto a las más pobres como Huancavelica (59,2%), Huánuco (49,6%), Cajamarca (46,6%), Ayacucho (42,2%) y Apurímac (41,7%). Estas zonas postergadas tienen una alta ruralidad y

predominio de población indígena quechua hablante (ENDES continua, 2007/patrón OMS 2006).

Cuadro 10. Tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años por ámbito urbano y rural y por género⁶



Fuente: Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD

En el año 2008, la tasa de personas con déficit calórico fue 30,9%, lo que indica un descenso del 4,9% con relación a la tasa del año 2002, que fue de 35,8%. En ámbitos rurales 42.5% de personas todavía no alcanzan a consumir los requerimientos mínimos calóricos recomendados.

Impulsado por la iniciativa del Sistema de la Naciones Unidas, de otras agencias de cooperación internacional y ONGs, el gobierno actual ha incorporado el tema como una de sus prioridades y ha instalado la Estrategia Nacional Crecer cuyo objetivo al 2011 es disminuir en 9 puntos porcentuales la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, mejorando las prácticas alimentarias y nutricionales sobre la base de productos regionales. Además se ha generado el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres /JUNTOS, que mediante la transferencia monetaria directa a las familias en extrema pobreza, riesgo y exclusión, promueve el desarrollo y facilita el acceso de estas familias a los servicios del Estado en identidad, nutrición, salud y educación.

Salud de la mujer

Existen aún serios problemas en relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La tasa de embarazo en las adolescentes no ha disminuido y se mantiene alrededor del 12%. La tasa de mortalidad materna es una de las más altas de la Región de las Américas (185 por 100,000 nacidos vivos), solo por debajo de las de Haití y Bolivia. Las principales causas de la mortalidad materna son las hemorragias y

⁶ Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima, 2009

las infecciones. La situación de salud de la mujer es parte de las inequidades de género, algunos de los indicadores que evidencian estas inequidades a continuación.

Cuadro 11. Indicadores de equidad de género y autonomía de la mujer⁷

Indicadores	2001	2004	2008	Meta 2015
Relación entre niñas y niños en la matrícula enseñanza primaria,	1,007	0,997	0,998	1
Relación entre niñas y niños en la matrícula enseñanza secundaria	0,957	0,984	1,019	1
Relación entre niñas y niños en la matrícula en enseñanza superior	1,150	0,985	1,047	1
Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola	34%	34,8%	37,5%	
	1990-1992	2001-2006	2006-2011	
Proporción de puestos ocupados por mujeres en los procesos electorales parlamentarios	7.5%	18.3%	29.17%	

Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2002-2008.

Fuente: Oficina Nacional de Procesos Electorales.

Enfermedades transmisibles

La TB pulmonar en el país se concentra en Lima y Callao (55% de los casos y 75% de los casos de TB multidrogo resistente) 86% de los casos de casos de TB y MDR de Lima metropolitana se concentran en 19 de los 43 distritos, y cuatro de ellos son los responsables del incremento de las tasas (Comas, Independencia, La Victoria y el Agustino), que comparten características demográficas de pobreza, hacinamiento y turgurización. En 2007, las regiones con más altas tasas fueron además de Lima y Callao, Ica, Tacna, Madre de Dios, Ucayali y Loreto.

Se ha observado un incremento de la TB en menores de 10 años, lo que indica transmisión e infección reciente. El porcentaje de abandono del tratamiento a nivel nacional es superior al 3%. Si bien la incidencia de tuberculosis se ha ido reduciendo, el Perú, exceptuando a Haití, tiene la más alta incidencia de TBC en la región de las Américas (129.3 por 100,000 habitantes). Hay que agregar, además, que existe resistencia múltiple a las drogas en el 3% de los casos nuevos, y el Perú es uno de los países donde se han detectado casos de tuberculosis extremadamente resistentes a las drogas (TB XDR).

La epidemia por el VIH está aún concentrada en grupos de alta prevalencia, principalmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (entre el 10% y 20% según diferentes estudios), el hecho de coincidir en las mismas zonas con alta prevalencia de TB hace necesario prestar un especial cuidado a la coinfección TB-VIH. Un hito importante en la estrategia de acceso universal es la puesta a disposición del tratamiento ARV a quien lo necesite, con apoyo inicial del Fondo Mundial, aunque poco se ha hecho en relación a la prevención. Si bien la prevalencia nacional de VIH, en gestantes de 15 a 24 años de edad, es de 0.23%, estudios en población general han encontrado prevalencias altas en población joven de algunas de las ciudades de Selva, como Pucallpa donde se encontró una prevalencia de 1.9% en hombres y 0.4% en mujeres de 18 a 29 años de edad. Esto hace necesario mejorar el conocimiento de la epidemia en estas ciudades a fin de diseñar estrategias de prevención de acuerdo a

⁷ Resumen Ejecutivo Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008, PNUD, Lima, 2009

sus particulares perfiles de distribución. Asimismo, los años anteriores se produjo transmisión del VIH a través de sangre contaminada en algunos de los hospitales de la ciudad de Lima, de ahí la necesidad de un trabajo conjunto con el Programa Nacional de Sangre para mejorar la calidad de la sangre transfundida.

Malaria

La malaria históricamente ha sido endémica en la costa y la amazonia peruana, vinculada a la agricultura, principalmente a la siembra de arroz y relacionada con las variaciones climáticas, especialmente el Fenómeno del Niño. La malaria por *P. falciparum*, está concentrada en el departamento de Loreto (97% de los casos). En Perú se detectó resistencia del *P. falciparum* a la Mefloquina y al Fansidar. En el Perú han circulado los cuatro serotipos de Dengue, y en los últimos años se han presentando brotes de dengue hemorrágico. Los departamentos más afectados en el 2008 fueron: Loreto, Piura, Lambayeque y Amazonas, El incremento de casos ocurre de manera estacionaria.

Enfermedades desatendidas

La enfermedad de Chagas afecta aún a los departamentos del sur del país. La peste no ha podido ser eliminada de los departamentos de Cajamarca, Piura y Lambayeque donde se dan brotes en las zonas rurales. Con cierta regularidad se dan brotes de rabia humana transmitida por vampiros y fiebre amarilla en la selva amazónica. En los últimos años las Zoonosis más importantes se han reducido en forma significativa: No hay transmisión urbana de la rabia (el último caso ocurrió en Puno en 2006), aunque en forma periódica se notifican pequeños brotes de rabia transmitida por vampiros en las zonas rurales de la selva. La Peste por *Yersinia pestis* se encuentra focalizada en áreas de extrema pobreza de los departamentos de la macro región norte, especialmente en Cajamarca, que en período 2001-2008, registró 63 casos confirmados por laboratorio y tres defunciones.

Otras zoonosis de importancia son la *Fasciola hepática* que registra prevalencias de hasta el 30% en niños en áreas endémicas del altiplano peruano, y la Hidatidosis que presenta una morbilidad en pacientes hospitalizados de 530 x 100,000 y una mortalidad entre el 1 y 12%, los departamentos de Lima, Junín, Pasco y Puno presentan las tasas más altas de prevalencia.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Con la reducción de las enfermedades transmisibles, a la que hay que agregar otros factores determinantes, como los cambios de estilos de vida (sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol y otras drogas ilegales), los altos niveles de desempleo y subempleo, los bajos niveles de ingreso y las altas tasas de pobreza, han ido adquiriendo mayor relevancia las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial (prevalencia de más del 20% en los adultos de ciertas poblaciones seleccionadas), la hipercolesterolemia (prevalencia desde 10% a 47% según ciudades estudiadas) y la diabetes mellitus (si bien no hay un estudio nacional, se han encontrado prevalencias de hasta 20% en algunas poblaciones adultas, en algunas ciudades del país). En 2004, esta enfermedad ocupaba el decimoprimer lugar como causa de muerte a nivel nacional, y el cuarto lugar como causa de muerte en personas de 45 a 64 años de edad en el Callao.

Entre las neoplasias destaca el cáncer de cuello uterino, como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre mujeres mayores de 24 años de edad. Esta enfermedad es la primera causa de muerte en las mujeres de 25 a 44 años (15,4 por

100,000), a pesar de que existen estrategias de reconocida efectividad para su detección temprana y para su tratamiento. Esta situación se debe en gran parte a la falta de una política de salud pública por parte del Ministerio de Salud, y en particular, a que no existe un programa nacional para su prevención y tratamiento.

Salud mental

Es uno de los problemas sanitarios que implica diferentes áreas del desarrollo y bienestar social de la población. En ese sentido, incluye no sólo la enfermedad mental sino también la afectación de la salud mental. Algunas de las problemáticas que interfieren en la salud mental y que necesitan ser atendidas en el Perú son las enfermedades neuropsiquiátricas, la violencia familiar y social, el pandillaje y la delincuencia, la violencia política, los desastres, el maltrato infantil, el consumo y abuso de sustancias, entre otros.

Según los estudios de carga de enfermedad, la incidencia de las enfermedades neuropsiquiátricas, entre ellas la depresión, se encuentra en ascenso y ocupan los primeros lugares de los daños que producen mayor cantidad de años perdidos por discapacidad. La prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos en Lima Metropolitana y Callao es de 37.3% (IESM, 2002). En el Perú existen reportes que identifican que las enfermedades mentales tienen alta prevalencia, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (IESM, 2002)⁸ muestra una prevalencia de vida del 19% para depresión en general (14.5% en varones y 23.3% en mujeres), un 25.3% para trastornos de ansiedad, (20.3% en varones y 30.1% en mujeres), y un 1% para trastornos psicóticos (0.7% varones y 1.3% mujeres). Para el caso específico de la Sierra Peruana-Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (IESM, 2003)⁹ muestra una prevalencia anual de 7.4%. Estas enfermedades están estrechamente ligadas a suicidios, los cuales registran un incremento de casos en todas las edades.

Sobre la **violencia familiar** se ha reportado que una de cada dos mujeres de 15 a 49 años ha sufrido alguna vez violencia física por parte de su pareja¹⁰, lo cual involucra el desarrollo de relaciones familiares que perturban el bienestar y la salud mental de la familia. La violencia contra las mujeres¹¹, se expresa en que al menos dos de cada cinco mujeres (alguna vez unidas) reportaron haber sufrido algún tipo de violencia, y han sido golpeadas o agredidas físicamente por sus esposos/ compañeros alguna vez durante la relación con la pareja.

Datos de la ENDES 2004-6 señalan que 40,9% de las mujeres han sufrido violencia física por parte de su cónyuge (no se ha registrado cambio respecto al 2000 cuando este porcentaje fue de 41.2%) Esta situación es ligeramente más alta en la zona urbana que en la rural (42.2% y 38.8% respectivamente). El 41% de las mujeres que sufrió algún tipo de agresión física, pidió ayuda a una persona cercana y sólo el 15.3% buscó ayuda institucional.

Las pandillas juveniles constituyen una problemática que afecta la salud mental de los y las jóvenes y también de la sociedad en su conjunto, generando desconfianza en las relaciones y clima de inseguridad y exclusión. Sin embargo, aún no se han implementado estrategias de intervención que actúen sobre los problemas familiares, la falta de oportunidades y canales de participación-recreación, la búsqueda de

⁸ INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. En: Anales de Salud Mental, Vol.XVIII, Nos. 1 y 2, 2002.

⁹ INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epistemológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. En: Anales de Salud Mental, Vol.XIX, Nos. 1 y 2, 2003.

¹⁰ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua 2004-2005) : INEI

¹¹ ENDES Continua 2004-2005, Peru, Informe Principal, INEI.

referentes frente a la anomia, inequidad y exclusión social, que son determinantes sociales, con los cuales estos jóvenes interactúan cotidianamente.

La violencia política entre los años 1980 y 2000 ha dejado secuelas muy profundas en todos los planos de la vida nacional, acentuando las brechas regionales, destruyendo el orden democrático y la confianza en las instituciones del Estado, agudizando la pobreza, agravando formas de discriminación y exclusión, debilitando las redes sociales y emocionales. Según datos del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003), esta violencia vivida ha ocasionado aproximadamente 70 mil víctimas fatales, 6,000 desaparecidos, 40,000 huérfanos, 5,000 detenidos inocentes, 435 comunidades arrasadas y 1 millón de personas desplazadas.

Accidentes y lesiones

Se ha identificado que los daños más importantes en este grupo son los accidentes de tránsito, lesiones intencionales por violencia y las picaduras de animales ponzoñosos.

El Perú es considerado como uno de los países con alta tasa de mortalidad por **accidentes de tránsito**, en el año 2004 se ha registrado una tasa de 10,5 de muertes por diez mil habitantes. Esta causa representa el 3,7% de todas las muertes en el país. Según datos del Ministerio Público (2001), dos de cada cinco muertes violentas en el área urbana son producto de accidentes de tránsito (42.44%) Según el lugar de ocurrencia, las pistas y carreteras fueron escenarios del 69.9% de los accidentes ocurridos a nivel nacional. Este es un problema con raíces socio-económicas muy complejas, y que tienen consecuencias sobre la salud de la población, tanto sobre la salud mental, como la mortalidad, las secuelas y las discapacidades de las personas afectadas. Las muertes debidas a accidentes de transporte terrestre en el Perú ascienden a 29 por cada 10,000 vehículos, por encima de Argentina (4), Chile (7) y Colombia (14).

Inequidades en salud

Las inequidades socio económicas relejan y acentúan las inequidades en salud, como puede identificarse en el cuadro. Se comparó la estructura de la mortalidad de Lima-Callao y los departamentos de la Sierra Sur (Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cusco y Puno) Lima y Callao son departamentos de mayor desarrollo industrial, con mayor ingreso per capita, mayor acceso a servicios básicos de agua y desagüe, así como a servicios de salud y educación. Por el contrario los departamentos de la sierra sur son los más pobres del país, con menor acceso a servicios y mayor porcentaje de población de origen quechua y aymará.

Los departamentos de la Sierra Sur tienen más altas tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, causas externas y deficiencias de la nutrición. Asimismo, en esta zona es alta la mortalidad por apendicitis, las hernias de la cavidad abdominal y otros problemas de salud relacionados con el limitado acceso a servicios de salud de calidad. Las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de mortalidad tanto en la Sierra Sur como en Lima y Callao, pero en magnitudes muy diferentes. El riesgo de morir por esta causa fue 3,6 veces mayor en la Sierra Sur. Los accidentes de transporte en la Sierra Sur, que ocupan el noveno lugar como causa de muerte, generalmente son debidos a la caída o volcadura de unidades de transporte interprovincial de pasajeros consecuencia del mal estado de las carreteras y de los propios vehículos.

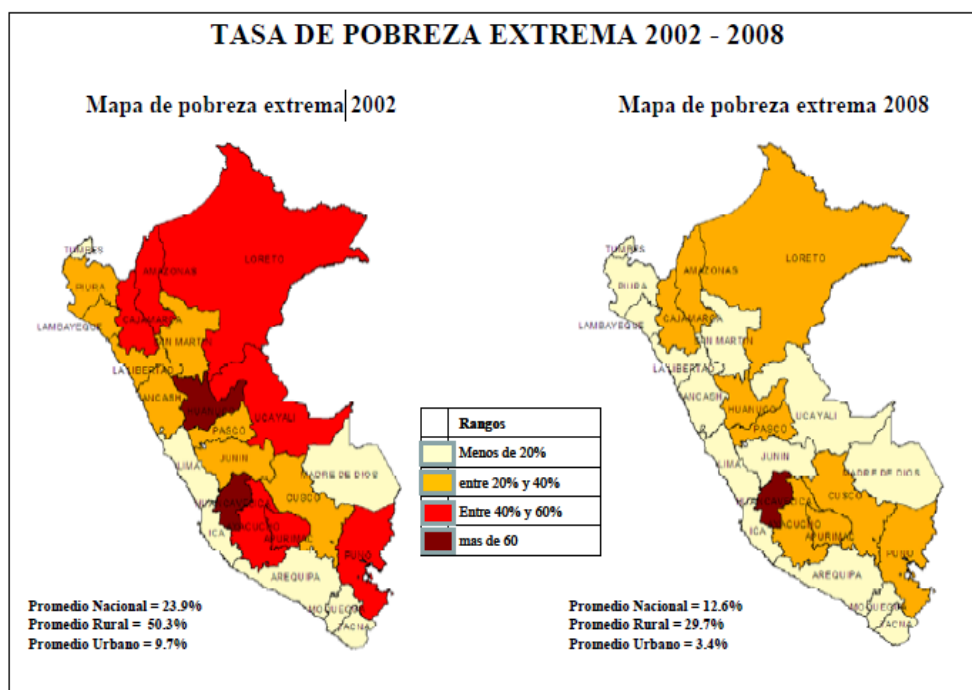
Cuadro 12. Algunos indicadores de condiciones de vida y salud de las poblaciones de la Sierra Sur (Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cusco y Puno) y Lima-Callao

Indicadores	Sierra Sur	Lima-Callao
Pobreza (%)	70	35
Población rural (%)	52	0.4
Lengua materna quechua/aymará (%)	71	10
Acceso a agua potable (%)	42	82
Acceso a alcantarillado (%)	23	80
Población menor de 15 años (%)	36	26
Tasa Bruta de Mortalidad (1,000 habitantes)	11	4.5
Enfermedades transmisibles	228.9	91.3
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	61.6	16.8
Infecciones respiratorias agudas	147.9	41.0
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	44.8	4.6
Apendicitis, hernias de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	44.2	1.8

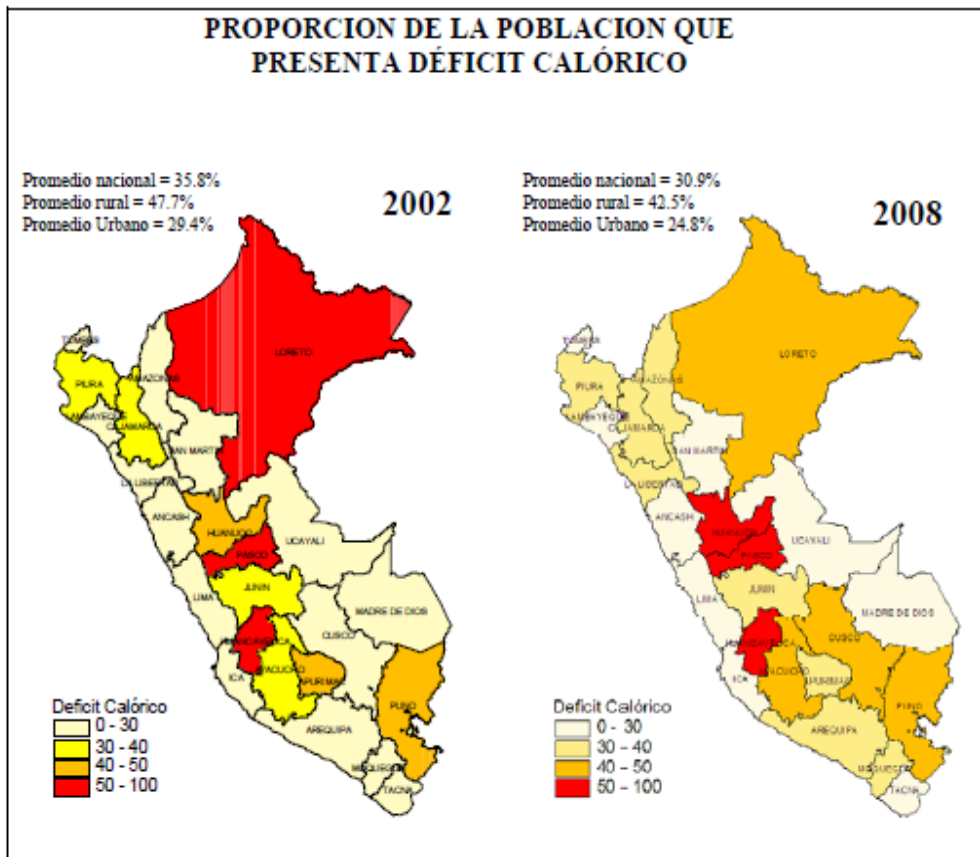
Fuente Organización Panamericana de la Salud

También cabe anotar que el 20% de la población más pobre del país concentra 50% de las defunciones por deficiencias y anemias nutricionales; 40% de las debidas a enfermedades infecciosas intestinales, y 62% de las causadas por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal. Esto es consecuencia de sus precarias condiciones de vida y de su limitado acceso a servicios básicos y servicios de salud de calidad.

Tasa de pobreza extrema 2002-2008 por departamentos



Mapa de Déficit Calórico 2002-2008



Cuadro 13. Brechas departamentales¹²

	Articulado Nutricional	Salud Neonatal	Materno	Logros de Aprendizaje		Acceso a servicios (Transporte)		
	Desnutrición (1)	Mortalidad Neonatal (2)	Partos Institucionales (3)	Rendimiento Lenguaje (4)	Rendimiento Mate (5)	Tiempo Acceso Salud (6)	Tiempo Acceso Escuela (7)	Tiempo Acceso Mercado (8)
Meta 2011	16%	14.6	n.d.	35%	30%	35	18	49
Línea de Base 2007/2008	23%	15.2	49%	16%	7%	46	24	61
Huancavelica	52%	21.8	52%	7%	6%	n.d.	n.d.	n.d.
Huánuco	42%	19.9	52%	7%	5%	76	17.3	198.3
Ayacucho	37%	17.5	58%	8%	6%	78.8	33.5	108.8
Cajamarca	37%	19.9	36%	12%	10%	n.d.	n.d.	n.d.
Apurímac	34%	18.4	83%	8%	7%	n.d.	n.d.	n.d.
Cusco	32%	48	66%	11%	5%	73.1	31.2	171.9
Ancash	31%	18.7	53%	12%	7%	59.2	26.2	58.9
Pasco	31%	19.9	57%	11%	8%	n.d.	n.d.	n.d.
Amazonas	29%	14.7	36%	10%	10%	46.7	30.1	94.4
Puno	29%	19.8	28%	9%	8%	40.3	24.2	41.2
Junín	26%	19.8	56%	17%	10%	n.d.	n.d.	n.d.
La Libertad	26%	13.7	60%	15%	7%	65.9	29.9	100.9
Loreto	25%	24.1	12%	4%	2%	n.d.	n.d.	n.d.
Piura	23%	16.1	44%	14%	6%	61.6	17.4	s.l
Ucayali	23%	10.1	32%	6%	2%	n.d.	n.d.	n.d.
Lambayeque	16%	7.1	30%	20%	8%	n.d.	n.d.	n.d.
San Martín	16%	25.9	61%	6%	4%	41.4	25.2	s.l
Ica	9%	8.9	93%	18%	9%	n.d.	n.d.	n.d.
Lima	9%	5.6	79%	25%	8%	125.7	19	6.8
Madre de Dios	9%	12.5	75%	9%	3%	n.d.	n.d.	n.d.
Arequipa	8%	11.4	69%	31%	11%	80.6	16.6	466.5
Tumbes	7%	14.1	90%	15%	8%	n.d.	n.d.	n.d.
Moquegua	6%	16.1	67%	29%	14%	144.5	16.1	362
Tacna	5%	2.7	61%	26%	10%	n.d.	n.d.	n.d.
Callao	n.d.	n.d.	n.d.	25%	7%	n.d.	n.d.	n.d.
Lima Metropolitana	n.d.	n.d.	n.d.	27%	8%	n.d.	n.d.	n.d.

Los departamentos fueron ordenados según porcentaje de desnutrición crónica.

(1) Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica. Referida a la Mediana de las Entrevistas realizadas en el Período de Recolección de Datos de la ENDES: 2005, 2007 y 1er. Trimestre 2008, mas ampliación muestral. FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.

(2) Tasa de Mortalidad Neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta. Se uso la misma fuente y metodología que el indicador anterior.

(3) Porcentaje de parto Institucional de gestantes del área rural en el último nacimiento en los 05 años anteriores a la encuesta. Se uso la misma fuente y metodología que el indicador anterior.

(4) Porcentaje de alumnos con desempeño suficiente en comprensión lectora al finalizar el III ciclo (2do grado) de la educación primaria. Fuente: MED-UMC. Evaluación Censal de Estudiantes 2007.

¹² Proyecto de Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2009 , Capítulo IV, Presupuesto Por Resultados, Ministerio de Economía y Finanzas, Lima, 2008

2.5 El Sistema de Salud

A partir del 1990 se pusieron en marcha diversas iniciativas de modernización del estado y de reforma del sector salud. Los cambios de las estructuras y el funcionamiento sectoriales, tales como la descentralización, el énfasis en el control y recuperación de costos y el diseño de paquetes básicos para la atención de la salud exigen identificar los problemas del sistema de salud en este nuevo escenario e identificar los factores que mantienen las inequidades en salud, la ineficiencia de los servicios y los bajos estándares de calidad.

En el Perú persiste la fragmentación del sub-sector público en tres estancos: (1) el MINSA y las Direcciones Regionales de Salud que posee la red de establecimientos públicos más grande del país y que atiende, principalmente a la población de los quintiles I, II y III de pobreza (los de mayor pobreza); (2) la Seguridad Social que es la segunda red de mayor cobertura en el país pero exclusivamente destinada a la población asalariada y sus familiares, y (3) la sanidad de las fuerzas armadas y las fuerzas policiales, con redes de menor extensión y cobertura.

El sistema de salud en el Perú, está segmentado, porque existen subsistemas con diversas formas de financiamiento y prestaciones, que atienden a segmentos de la población de manera generalmente excluyente. El subsistema público tiene recursos muy limitados y, en muchas ocasiones mal administrados, y está orientado hacia los pobres e indigentes. En el otro extremo está el sub-sector privado que focaliza su atención, principalmente a los quintiles de mayor ingreso. La Seguridad Social y las sanidades de las fuerzas armadas (están también segmentados para el Ejército, la Marina y la Fuerza Aérea) y las fuerzas policiales están entre estos dos extremos. Estos organismos pertenecen al sub-sector público pero, en el caso de la seguridad social, está concentrada en los trabajadores formales con contrato y sus familias. Las sanidades de las fuerzas armadas y las fuerzas policiales atienden a los miembros y sus familiares.

Estas múltiples entidades no están integradas en un sistema único. La multiplicidad de organismos y espacios de intermediación incrementa los costos de transacción, lo que hace difícil una atención homogénea para todos los grupos de población.

Las inequidades socioeconómicas, étnicas y de género ocupan un lugar central en los problemas del sistema de salud en el Perú, por lo que se considera la meta principal del actual proceso de reformas del sector. La eficiencia es un elemento que se invoca permanentemente, algo difícil de lograr en un sistema fragmentado con deficiente financiamiento, débil rectoría y poca participación de otros sectores y de los ciudadanos. La desconcentración y descentralización de los organismos del estado obliga a desarrollar capacidades para desempeñar las nuevas funciones en los niveles regionales y locales por lo que debe ir acompañada de poder y recursos.

Políticas y planes nacionales

En julio de 2001, el Gobierno Peruano convocó a los partidos políticos y a un conjunto de organizaciones políticas, religiosas y de la sociedad civil para entablar un diálogo con la finalidad de lograr un Acuerdo Nacional, que sirviera de base para la transición y consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país al futuro. Las políticas acordadas están dirigidas a alcanzar cuatro grandes objetivos: (i) Democracia y Estado de Derecho, (ii) Equidad y Justicia Social, (iii) Competitividad del país y (iv) un Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado. Se aprobaron 29 políticas de Estado, la decimotercera de ellas

señala el compromiso de un acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, mientras que la decimoquinta está en relación con la promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición.

El gobierno del período 2001-2006 elaboró los “Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012” a fin de orientar la acción del sector salud y definir las bases del proceso de modernización sectorial. Se adoptaron nueve lineamientos generales entre los cuales se hace énfasis en la promoción de la salud, la atención integral de la persona, el aseguramiento universal, el financiamiento orientado a los más pobres y la modernización del MINSA. Entre sus objetivos estratégicos están la promoción de la salud, la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, la educación en salud, el desarrollo del Seguro Integral de Salud, la reducción de la morbilidad infantil y materna, la ampliación del acceso y el uso racional de medicamentos, y la descentralización sectorial.

El actual gobierno elaboró una nueva agenda de salud, puesta de manifiesto en el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) aprobado el 20 de julio por RM 589-2007/MINSA. Este Plan Concertado tiene entre sus objetivos desarrollar la capacidad del Estado para conducir y liderar el sector salud, lograr el aseguramiento universal en salud, establecer estrategias costo-efectivas para las principales actividades, mejorar el financiamiento, desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación, aumentar la participación ciudadana y articular las intervenciones de todos los actores del sistema relacionados con la salud.

El actual Ministro de Salud, Óscar Ugarte Ubilluz, al inicio de su gestión, a fines de 2008, expuso sus lineamientos de gestión, entre los cuales señala como estrategias para lograr los objetivos expuestos en los “Lineamientos de Política en Salud 2002-2012” y el Plan Nacional Concertado de Salud, las siguientes estrategias: (a) aseguramiento universal, (b) descentralización en el sector salud, y (c) el fortalecimiento del primer nivel de atención, para lo cual se debe fortalecer la rectoría sectorial en salud y hacer cambios en el modelo de atención, con un enfoque hacia lo preventivo y promocional, que toma en consideración la equidad y la multiculturalidad del país.

Estrategias Sanitarias Nacionales y Modelo de Atención

Luego de la liquidación de los Programas Nacionales de Prevención y Control en el año 2001, en Agosto de 2004, el MINSA estableció diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN): Inmunizaciones, Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores, Prevención y control de Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, Prevención y control de Tuberculosis, Salud Sexual y Salud Reproductiva, Prevención y control de daños no transmisibles, Accidentes de tránsito, Salud de los pueblos indígenas, Alimentación y nutrición saludable, y Salud Mental y Cultura de Paz, que están en relación con las prioridades de salud definidas por el gobierno del período 2001-2006. El desarrollo y accionar de estas ESN ha sido dispar en el MINSA, algunas como las de TBC, VIH/Sida y Salud sexual y reproductiva vienen desarrollando sus actividades en forma organizada y sistemática, mientras que otras como Accidentes de tránsito, Salud de los pueblos indígenas, han desarrollado una escasa actividad, debido a cambios frecuentes de sus funcionarios, escaso presupuesto y la falta de planes.

Las instituciones regionales del subsector público están organizadas por niveles de complejidad y en forma de redes y microrredes que se complementan en su capacidad de resolución, lo que ha sido potenciado por la descentralización, aunque los mecanismos de referencia no son adecuados, los servicios no comparten recursos, y

existe desequilibrio en la asignación de recursos entre diferentes niveles de complejidad. En 2004 se inició la implantación del Modelo de Atención Integral en el país, el cual incluye un conjunto de prestaciones preventivo-promocionales y recuperativas según ciclo de vida, y si bien ha habido algún progreso en su implementación la atención en los servicios de salud del MINSA continúa siendo principalmente recuperativa.

Alianzas estratégicas de lucha contra la desnutrición

La estrategia nacional CRECER es un intento de articulación intergubernamental de la política social-cooperación institucional y el sector privado. Apunta a mejorar la eficiencia de los programas sociales y la descentralización. Cuenta con componentes básicos: la restitución de 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, la generación de oportunidades económicas a través del fortalecimiento de capacidades y de infraestructura y la protección social.

El programa JUNTOS es un programa de transferencia condicionada que pretende cortar el círculo intergeneracional de la pobreza y concentrarse en la desnutrición crónica. El programa apunta a la reducción de la pobreza en un largo plazo y al desarrollo del capital humano. En este momento hay 638 distritos en el programa 27 mil localidades atendidas se trata de hogares con niños menores de 14 años y gestantes. El financiamiento es completamente del sector público. El programa tiene tres mecanismos de intervención: transferencia monetaria, información y comunicación y facilitación de la coordinación intersectorial entre salud y educación.

En ambas estrategias se explicita la posición país: que la lucha contra la desnutrición sea el eje de las políticas sociales. La Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Infantil, (Iniciativa) es una estrategia marco, constituida por ONGs, instancias de Naciones Unidas tales como OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, la Mesa de Lucha contra la pobreza, y el Instituto de Salud Nutricional. Es un mecanismo de coordinación y articulación, es una alianza exitosa para la abogacía y la incidencia política. La iniciativa implica asistencia técnica para la gestión pública y una forma de incidencia continua. A partir de su accionar se ha logrado centrar las políticas sociales del país en un tema clave como es la desnutrición infantil.

Descentralización

El proceso de descentralización se inició a través de la concertación entre el MINSA y los Gobiernos Regionales y una de las primeras acciones fue la elaboración conjunta del Plan de Transferencia de funciones de Mediano Plazo a Gobiernos Regionales en diciembre del año 2004. Esta propuesta fue también aprobada por el Consejo Nacional de Descentralización (CND) en marzo del año 2005 y es la que orienta el proceso durante los años 2005, 2006 y 2007. El Decreto Supremo 068-2006-PCM, del 12 de octubre de 2006, establecía que todas las transferencias de competencias y funciones deberían concluir el 31 de diciembre del 2007.

De otro lado, de acuerdo al Decreto Supremo 077-2006-PCM, del 31 de octubre de 2006, se establece que a partir de enero del 2007 se inicia la Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a los Gobiernos Locales, a través de Proyectos Piloto a ejecutarse en todos los Departamentos del país y la Provincia Constitucional del Callao. El MINSA ha completado la normatividad respecto a este proceso mediante la Resolución Ministerial N° 1204-2006-MINSA, que define la gestión de la Atención Primaria de Salud; y la Resolución Ministerial 042-2007-

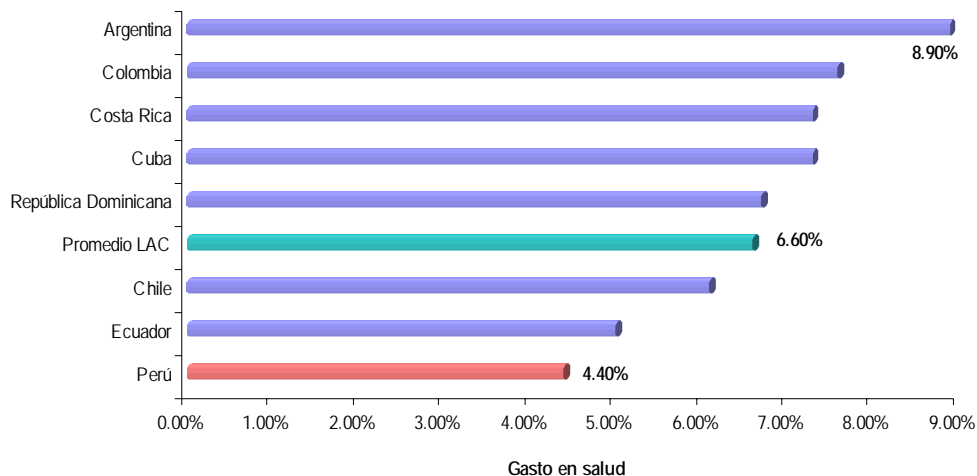
MINSA, que aprueba el Documento Técnico para los Proyectos Piloto en la transferencia de funciones en salud al nivel local.

Financiamiento en salud

El gasto nacional en salud es uno de los más bajos de la región de las Américas, 4.4% del PBI (2.3% gasto público y 2,1% gasto privado), por debajo de sus vecinos del área Andina (5.8% de Bolivia y Colombia, 8.3% de Ecuador, y 6.4% de Venezuela).

Entre 1995 y el 2005, el gasto en salud, en Soles corrientes, se ha duplicado pasando de 5,413 a 11,671 millones, aunque manteniéndose el mismo porcentaje del PBI corriente (4.48% y 4.46% respectivamente). Aunque se ha reducido en términos de Soles constantes de 1995, de 4.48% a 3.73%. El gasto corriente per cápita en salud aumentó de 228 Nuevos Soles a 429, pero el gasto real per cápita sólo paso de 228 a 230 Nuevos Soles.

Gasto en salud en América Latina: 2004
(% del PBI)



Fuente: OPS

Presupuesto por resultados

A partir de la Ley de Presupuesto del 2007, se inicia formalmente en el Perú la aplicación progresiva del Presupuesto por Resultados (PpR).

El PpR es una nueva forma de hacer el presupuesto público que, partiendo de una visión integrada de planificación y presupuesto, propicia la articulación de intervenciones entre sectores y niveles de gobierno, así como la identificación de responsables de la provisión de los bienes y servicios a la población para el logro de resultados. El PpR rompe el esquema tradicional basado en la inercia presupuestal y en los requerimientos de la oferta (pliegos) hacia uno orientado por los resultados que aprecia y requiere el ciudadano. El PpR introduce de manera sistemática y progresiva, el diseño, seguimiento y evaluación de estrategias e intervenciones en función a la resolución de problemas críticos que afectan a la población.

Luego de un año y medio de iniciada la implementación del PpR, el Ministerio de Economía y Finanzas, junto con los sectores involucrados y las regiones, se identifican

avances a pesar de las dificultades inherentes a la implementación de una reforma de esta magnitud. Estos avances pueden ser descritos a partir de la aplicación de los instrumentos tales como *la Programación Presupuestaria Estratégica (PPE)* que contribuye a identificar los productos (bienes y servicios) necesarios para el logro de resultados, así como los indicadores de desempeño para la etapa de seguimiento.

Durante la formulación presupuestal del 2008 se incluyeron cinco PPE, con un presupuesto que ascendió a 2 812 millones de soles. Los cinco programas estratégicos diseñados inicialmente fueron: Articulado nutricional, Salud materno neonatal, Logros de aprendizaje, Acceso a la identidad y Acceso a servicios sociales y oportunidades de mercado. En 2009 se están incorporando cuatro programas adicionales: Gestión ambiental prioritaria; Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas en poblaciones rurales; Acceso a servicios públicos esenciales de telecomunicaciones en áreas rurales y Acceso a energía en localidades rurales. Los resultados estratégicos de los nueve PPE priorizados para el año fiscal 2009 alcanzan un presupuesto de S/. 3 666 millones (corresponde a 10% del presupuesto total)

Participación ciudadana en salud

La Ley General de Salud garantiza que todo usuario de un servicio tiene derecho a que se le informe de las características del servicio, se le brinde información sobre su proceso personal y que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento.

La Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud prevé la formación y funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales de Salud (CRS) y también de los Consejos Provinciales y Locales de Salud. Dichos espacios de coordinación y concertación tienen un carácter consultivo. Se han registrado 24 CRS (92% de los esperados) y 126 consejos provinciales de salud (65% de lo esperado).

Además se ha normado la constitución y funcionamiento de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) a partir del Programa de Administración Compartida (PAC) y actualmente administran 2152 establecimientos (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, y ha contribuido con la mejora de la calidad y con una mejor utilización de los recursos públicos. En los últimos años los CLAS no han contado con asistencia técnica desde el nivel nacional.

2.6 Retos para la cooperación técnica

El Perú presenta una compleja situación de salud, producto de un conjunto de determinantes sociales, económicas, culturales, con grandes inequidades en salud las cuales son atribuibles, en primer lugar, a la desigual distribución del ingreso monetario, los altos niveles de pobreza y exclusión en las áreas rurales y las zonas urbano marginales de las grandes ciudades, a las inequidades de género así como a la desigual distribución de los recursos del sector salud.

Entre los principales retos para los siguientes años se han definido:

1. Reducir la desnutrición crónica infantil
2. Mejorar la salud de la mujer
3. Mejorar la salud y el desarrollo de la niñez y la adolescencia
4. Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles (TB, Malaria, Dengue, VIH/Sida, Chagas, Peste)
5. Prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (HT, Diabetes mellitus, Cáncer) y accidentes
6. Mejorar la salud mental
7. Aseguramiento universal en salud
8. Profundizar el proceso de descentralización
9. Financiamiento en salud

Reducir la desnutrición crónica. El actual gobierno ha colocado a la nutrición y la salud infantil como uno de sus objetivos de gobierno, poniendo la meta de reducir en nueve puntos porcentuales la desnutrición crónica en niños menores de cinco años de edad, para el 2011. Para lo cual ha implementado el Programa “Juntos” y la “Estrategia Nacional Crecer”. Si bien el énfasis de estos programas es la mejora de la nutrición infantil, el conjunto de acciones desarrolladas tiene un objetivo mayor, que es la reducción de la pobreza, y con ello contribuir al desarrollo sostenible, en particular en las zonas rurales, a través de acciones como: mejorar el acceso a servicios básicos de agua y desagüe, eliminación del analfabetismo, mejora de la calidad de los servicios educativos y de salud, y el desarrollo de la actividad productiva agropecuaria y de la pequeña empresa. En este contexto, la OPS/OMS deberá aportar estrategias de reconocida efectividad para mejorar la nutrición y la salud de la población, así como apoyar el monitoreo y evaluación de las acciones desarrolladas en el campo de la salud.

Mejorar la salud de la mujer. Otro de los importantes retos para los siguientes años es la reducción de la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes maternas ocurre por causas evitables, como las hemorragias y la sepsis. A pesar de la mejora en la cobertura de control prenatal en las zonas rurales, aún subsiste el problema de que la mayor parte de los establecimientos de salud de esa zona no está en capacidad de brindar una atención adecuada y de calidad ante una emergencia obstétrica, ni cuenta con adecuados mecanismos de referencia de las gestantes de alto riesgo a centros especializados.

Mejorar la salud y el desarrollo de la niñez y la adolescencia. Generalmente se han enfatizado más las intervenciones destinadas a reducir la morbimortalidad en la infancia. Es necesario seguir profundizando los logros alcanzados, con énfasis en la morbimortalidad neonatal, pero complementando con acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los que “sobreviven”, asegurando que alcancen el máximo potencial de crecimiento y desarrollo. Esto implica un abordaje intersectorial y con fuerte participación de niños, adolescentes, sus familias y la comunidad propiciando el impulso de entornos saludables (escuelas, municipios, clubes, barrios, etc.), de estilos de vida y prácticas saludables, servicios diferenciados para adolescentes, entre otros.

Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles (TB, Malaria, Dengue, VIH/Sida, Chagas, Peste). Dado que las enfermedades transmitidas, como el paludismo, el dengue, la fiebre amarilla y la enfermedad de Chagas, continúan siendo importantes problemas de salud, será necesario continuar impulsando actividades para el control vectorial, la vigilancia de casos y factores de riesgo asociados, y la detección precoz y el tratamiento oportuno de los casos. Para el caso de algunas

zoonosis, como la Peste, deberán diseñarse intervenciones locales acorde a las condiciones epidemiológicas y socio-económicas de las áreas afectadas.

La Tuberculosis, uno de los principales problemas de salud pública del país, deberá continuar siendo una prioridad de la cooperación técnica, ya que a las altas tasas de incidencia que se dan en las zonas urbanas pobres del país, se ha agregado la TB con resistencia múltiple a drogas. Además hay que señalar que la coinfección TB/VIH puede convertirse en un grave problema si no se continúan y fortalecen las actividades conjuntas de las ESN de prevención y control de TB y la de VIH/Sida, que se viene impulsando desde hace un año, en especial por el hecho de que las áreas más afectadas por ambas enfermedades se superponen en las principales ciudades del país.

Prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (HT, Diabetes mellitus, Cáncer) y accidentes. El incremento constante de las enfermedades no transmisibles requiere, en primer lugar, de un adecuado diagnóstico de la situación nacional, así como el desarrollo de acciones de prevención y control de la hipertensión arterial, la diabetes mellitas, la obesidad y la hipercolesterolemia, entre las principales enfermedades no transmisibles, a fin de que éstas no se conviertan en una pesada carga para el sistema de salud a corto plazo. La prevención y control del cáncer de cuello uterino, neoplasia de alta incidencia y primera causa de mortalidad entre mujeres de 25 a 44 años de edad de bajos niveles de ingreso, y con altas tasas de mortalidad, debe ser considerada una prioridad ya que para su prevención existen intervenciones de probada costo efectividad.

Mejorar la salud mental. Es uno de los problemas sanitarios que implica diferentes áreas del desarrollo y bienestar social de la población. En ese sentido, incluye no sólo la enfermedad mental sino también la afectación de la salud mental. Las enfermedades neuropsiquiátricas, la violencia familiar y social, el pandillaje y la delincuencia, la violencia política, los desastres, el maltrato infantil, el consumo y abuso de sustancias, entre otros son problemas que requieren un abordaje integral.

Aseguramiento universal en salud. Es un proceso que se debe implementar progresivamente, y se inicia en las zonas más pobres y vulnerables del país. Para que se logre se necesita cumplir con una serie de condiciones, garantizar estándares de calidad y resolver las deficiencias de infraestructura, equipamiento y la problemática de los recursos humanos. El Plan de Implementación se va a iniciar en Ayacucho, Apurímac, y Huancavelica, y en pilotos en otras seis regiones. Constituye el elemento central de aplicación de políticas de los próximos años, su desarrollo será progresivo en los próximos 8 a 10 años. Otros elementos clave en el tema de aseguramiento universal son la definición del Plan Esencial de Aseguramiento en salud (PEAS), que se propone asumir el 65 % de la carga de enfermedad, crear la Superintendencia Nacional de Aseguramiento y generar Sistemas Regionales de salud.

Profundizar el proceso de descentralización. El proceso de descentralización en los tres niveles de gobierno, nacional, regional y local ha avanzado considerablemente. En este momento 26 Gobiernos regionales cuentan con transferencias de funciones (programas sociales, salud y educación) pero aun persisten componentes que están en proceso de implementación. A nivel nacional, el MINSA tiene que asumir a profundidad su rol de rectoría, conductor, normativo, fiscalizador y de asignación de recursos. A nivel regional, corresponde asumir un rol de prestación y normativo. A nivel local, deberá asumirse un rol de prestación en el primer nivel de atención, definido como atención primaria de salud, en los 1886 gobiernos locales del país. En el actual contexto político nacional, la descentralización del sector salud es un reto

importante para la cooperación técnica. Se debe apoyar a las autoridades regionales a definir sus políticas regionales de salud, así como fortalecer a sus equipos técnicos. Esto sin dejar de lado el apoyo al MINSA a fin de que fortalezca su rol rector, así como la de supervisión, monitoreo y evaluación.

Financiamiento público en salud. Como fue señalado previamente el gasto nacional requiere ser incrementado hasta lograr el promedio de los países de las Américas. Este es un desafío clave para sistema de salud del Perú.

III. COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATEGICAS

La Agencia Peruana de Cooperación Internacional¹³ tiene una visión del desarrollo del país que se encuentra expresada en la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional y en el Plan Anual de Cooperación Internacional No Reembolsable. Cuenta con dos ejes de desarrollo para el mediano y el largo plazo: lucha focalizada contra la pobreza extrema y promoción de la competitividad del país. La Cooperación Internacional No Reembolsable es un mecanismo de apoyo a los esfuerzos del Estado hacia el desarrollo sostenible del país. El marco Estratégico de la Cooperación Internacional se establece en los siguientes documentos:

- a) El Plan Anual de Cooperación Internacional No Reembolsable establece las prioridades temáticas y territoriales en materia de Cooperación Internacional No Reembolsable del país. Es un instrumento vinculante en las negociaciones de la cooperación internacional con los donantes. Cuenta con el Plan Anual de Cooperación Internacional No Reembolsable para el año 2009 que establece por primera vez los objetivos prioritarios para la cooperación internacional en el país con metas, estrategias e indicadores para su seguimiento y evaluación.

¹³ Documento de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional, Lima , 2009

Cuadro 14. Prioridades de la Cooperación Internacional 2009

Áreas	Objetivos	Metas al 2009
Institucionalidad	Lograr un Estado democrático, transparente y eficiente	Promover la Institucionalidad del país, con énfasis en las 10 regiones más pobres.
	Garantizar el acceso universal a la justicia y asegurar la paz	
	Apoyar el proceso de descentralización	
Competitividad Sostenible	Promover la competitividad nacional	Promover la Competitividad sostenible del país, con énfasis en las 10 regiones más pobres.
	Desarrollar la ciencia y tecnología en el país	
	Fortalecer la integración del Perú al mercado mundial	
	Garantizar el desarrollo sostenible y proteger el medio ambiente	
Seguridad Humana	Desarrollar una red de protección social que resguarde el capital humano en situación de riesgo	Concentrar la atención de la Seguridad Humana hacia los 880 distritos priorizados por CRECER.
	Asegurar el acceso universal al agua potable, saneamiento, servicios e infraestructura básica	
	Eliminar toda clase de exclusión y discriminación	
Desarrollo Humano	Asegurar el acceso universal a una educación de calidad	Apoyar al Desarrollo Humano del país con una educación de calidad y la mejora de la salud y nutrición, con énfasis en las 10 regiones más pobres.
	Mejorar la salud y nutrición de la población para garantizar una vida activa y saludable	

Fuente Agencia Peruana de Cooperación Internacional, 2009

- b) Los acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de París para la Eficacia de la Ayuda, son asimismo considerados dentro del marco estratégico de la Cooperación Internacional No Reembolsable. Los ODM con sus indicadores de seguimiento concretos resultan claves para el avance hacia una mayor eficacia de la gestión de la cooperación internacional en el Perú.

Cuadro 15. Cooperación Internacional No Reembolsable según ODM, 2005-2007

ODM	2005 %	2006 %	2007 %
I.- Erradicar la pobreza extrema y el hambre	32.9	29.8	25.9
II.-Lograr la educación primaria universal	3.9	3.4	5.2
III.-Promover la igualdad de genero y la autonomía de la mujer	3.4	3.5	6.6
IV.-Reducir la mortalidad infantil	3.2	2.5	3.6
V.-Mejorar la salud materna	2.0	2.3	3.5
VI.-Combatir el VIH / SIDA , malaria y otras enfermedades	3.0	5.1	7.1
VII.-Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	12.4	8.6	14.2
VIII.-Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	9.3	3.2	5.1
<Ningún tema milenio asignado>	29.9	41.6	28.7
Total	100	100	100

Fuente Agencia Peruana de Cooperación Internacional

Adicionalmente, la descentralización de la cooperación internacional es otro de los objetivos estratégicos. Para ello, se ha creado el Sistema Nacional Descentralizado de Cooperación Internacional No Reembolsable cuyo objetivo central es coordinar los procesos de gestión de la cooperación internacional entre todos los actores de cooperación internacional del país.

Con respecto a los principales donantes hacia el Perú, tanto de Cooperación Oficial como de cooperación privada, se tiene a países como Estados Unidos, Unión Europea, España, Italia, Alemania, Bélgica y Suiza. Los principales actores en la cooperación internacional en el Perú, son las Agencias de Naciones Unidas, entre ellas la OPS/OMS, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Europea, la USAID, GTZ entre otros.

A la fecha existen acuerdos de cooperación en salud bilaterales y multilaterales a través de proyectos y programas tales como: PAR SALUD II, EUROSPAN, el Fondo Global, entre otros.

En diciembre del 2003 se inició el primer proyecto de Acción en VIH/SIDA, financiado en la Segunda Ronda de apoyos ofrecida por el **Fondo Mundial** para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El apoyo se inicio con un presupuesto de 23 millones de dólares, a ser implementado en 5 años, posteriormente, se comprometieron fondos por un aproximado de 77 millones de dólares hasta el 2011.

Antes de la aparición de los proyectos del Fondo Mundial (FM) en el 2002, hubo esfuerzos desde el sector público y la sociedad civil para generar un espacio plural que asumiera la formulación e implementación de una respuesta nacional efectiva frente a la epidemia del VIH/SIDA. El ingreso del FM en el Perú, en 2002, llevó a acelerar el proceso de articulación multisectorial, obligando a la conformación de un Mecanismo Coordinador de País (MCP), denominado Coordinadora Nacional Multisectorial (CONAMUSA). Esta instancia surge como un espacio de concertación multisectorial en salud, propuesto por el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) Si bien existían antecedentes para crear un espacio similar para la lucha contra el VIH/SIDA, las exigencias del FM aceleraron su creación pues se presentó como un requisito básico para acceder al financiamiento. El

sector público lideró la articulación con organizaciones de personas afectadas, ONG, las iglesias y la academia, para decidir colectivamente lo que se debía hacer frente a estos graves problemas de salud. La formalización de la CONAMUSA por medio de un Decreto Supremo marcó sus parámetros de actuación y sus funciones: los proyectos apoyados por el FM para responder al VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria¹⁴.

El **Parsalud II**, es un proyecto del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo para dar continuidad a los esfuerzos del Perú en la reducción de la mortalidad materna e infantil. El Parsalud II, será ejecutado en cinco años por el Ministerio de Salud. Cuenta con un presupuesto de 162 millones de dólares y va a ser implementado en las nueve regiones priorizadas del país Amazonas, Huanuco, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cusco, Cajamarca, Ucayali y Puno. Un aspecto novedoso de este proyecto, en relación con su primera fase, es que ahora incluye un componente de comunicación y educación para fomentar el cambio de hábitos no saludables, así como para incrementar la demanda por servicios de salud y promoción de los derechos de los ciudadanos más humildes, de inscribirse en el SIS y de contar con documento de identidad.

El proyecto “Apoyo presupuestario al Programa Estratégico Articulado Nutricional” (**EURO –PAN**)¹⁵ de la Comisión Europea, tiene como objetivo “contribuir financiera y técnicamente a la implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN) con el fin de acelerar el proceso de reducción de la desnutrición crónica infantil y luchar efectivamente contra la pobreza en el Perú”. El presupuesto total se estima en 60.8 millones de euros, se va a implementar bajo la modalidad de apoyo presupuestario directo no focalizado, con procedimientos de gestión centralizada. No obstante corresponde a diversas instancias del gobierno nacional, gobiernos regionales y locales de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac la implementación de las actividades necesarias para la prestación de los servicios a la población, de acuerdo con sus funciones en el marco del PAN. El período de aplicación es 2 años y medio y la implementación específica es en 54 distritos seleccionados del quintil 1.

IV. ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACION DE LA OPS/OMS

4.1 Recursos de la Organización

La Oficina de la Organización Pan Americana de Salud, Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) en Perú cuenta con dos Unidades Orgánicas: la Representación y el CEPIS (Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente) de la instancia de Saneamiento Básico del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS, en su sede. El CEPIS responde técnicamente a la Oficina de SDE y recibe apoyo administrativo de la Representación.

Son siete las principales líneas estratégicas de operación de la Oficina: 1) Representante; 2) CEPIS; 3) Administración; 4) Políticas, Sistemas y Servicios de Salud; 5) Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos; 6) Promoción de la Salud Familiar y Comunitaria y 7) Biblioteca Virtual en Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud.

La estructura de la Oficina de la OPS/OMS se describe en el Organigrama, Anexo 1

¹⁴ Cáceres Carlos, Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2009

¹⁵ Proyecto “Apoyo presupuestario al Programa Estratégico Articulado Nutricional” (EURO –PAN)¹⁵, Comisión Europea, Lima, 2009

La Oficina de la OPS/OMS en Perú cuenta con un total de 71 funcionarios para atender a las demandas de los servicios generales y profesionales. El personal internacional, oficiales nacionales, personal a corto plazo y personal de plazo fijo se distribuyen en la estructura actual de la Oficina como sigue:

Cuadro 16. Recursos humanos

Líneas Estratégicas de Operación	Profesional Internacional (P)	Servicios Generales (G)	Personal Local (CLT-LO)	Profesionales Nacionales (NAP)	Total
- Representante	1	1	1	1	4
- CEPIS/SDE	5	1	1	0	7
- Administración	1	11	13	1	26
- Políticas, Sistemas y Servicios de Salud	2	1	0	2	5
- Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos	3	3	1	4	11
- Salud Familiar y Comunitaria	2	3	1	6	12
- Biblioteca Virtual en Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud	1	1	2	2	6
Total	15	21	19	16	71

Fuente Organización Panamericana de la Salud

4.2 Recursos financieros y ejecución presupuestaria

Cuanto a los recursos financieros, la Oficina de la OPS/OMS en Perú tiene un presupuesto bianual de aproximadamente 9,3 millones de dólares, siendo que 29% es proveniente de fondos regulares y 71% de fondos extra presupuesto, conforme el Cuadro 17, a continuación.

Las fuentes de financiamiento provienen de OPS/OMS, Organismos Internacionales (AECI, CIDA, PNUD, USAID) e instituciones representantes del Gobierno de la República de Perú, lo que recalca el apoyo de las autoridades nacionales y internacionales al programa estratégico de la estrategia de cooperación del país.

Cuadro 17. Ejecución presupuestaria al 30 Septiembre 2009

TIPO DE FONDO / PROYECTO	PROGRAMADO	OBLIGADO	SALDO	EJECUCIÓN
FONDOS REGULARES				
Proy 1: Desarrollo, Gestión y Coordinación de los Programas de país	917,526	834,331	83,195	91%
Proy 2: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, Regional y Local	1,084,064	746,086	337,978	69%
Proy 3: Desarrollo Humano con énfasis en la Familia	718,724	658,394	60,330	92%
TOTAL FONDOS REGULARES	2,720,314	2,238,811	481,503	82%
FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS				
Proy 1: Desarrollo, Gestión y Coordinación de los Programas de país	516,801	342,086	174,715	66%
Proy 2: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, Regional y Local	1,583,416	1,300,575	282,841	82%
Proy 3: Desarrollo Humano con énfasis en la Familia	1,234,713	879,224	355,489	71%
Proy 4: Reducción de las consecuencias sanitarias derivadas del sismo de agosto de 2007, Perú	3,224,068	2,789,280	434,788	87%
TOTAL FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS	6,558,998	5,311,165	1,247,833	81%
FONDOS TOTALES PWR/PER				
Proy 1: Desarrollo, Gestión y Coordinación de los Programas de país	1,434,327	1,176,417	257,910	82%
Proy 2: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, Regional y Local	2,667,480	2,046,661	620,819	77%
Proy 3: Desarrollo Humano con énfasis en la Familia	1,953,437	1,537,618	415,819	79%
Proy 4: Reducción de las consecuencias sanitarias derivadas del sismo de agosto de 2007, Perú	3,224,068	2,789,280	434,788	87%
TOTAL FONDOS PWR/PER	9,279,312	7,549,976	1,729,336	81%

Fuente Organización Panamericana de la Salud

4.3 Infraestructura y equipos en la oficina

La infraestructura física y de tecnología, además del equipo actual de la Oficina de la OPS/OMS confiere la capacidad necesaria para el desarrollo de las actividades de cooperación técnica alineadas a la estratégica de cooperación del país. Además de los recursos tecnológicos disponibles, de las condiciones de trabajo y del entorno saludable que caracterizan el ambiente en general, acciones específicas de desarrollo organizacional (Calidad y Procesos, Ambiente Saludable, Competencias, Bienestar e Integración y Comunicación) conllevan al perfeccionamiento continuo de sus funcionarios y al desarrollo de la oficina como un todo.

El predio de la oficina (Representación y CEPIS) cuenta con un área superficial de 5,402.87m² ubicado con frente a la calle Los Pinos N° 251 que constituye parte del Lote 01, Manzana V-2 del segundo sector de la III etapa de la Urbanización Camacho

del distrito de La Molina, provincia y departamento de Lima. Se encuentra inscrito en la Partida Electrónica N° 46439759.

Aún sobre la estructura física, el primer piso cuenta con un área techada de 1,350.22m² y el segundo piso cuenta con un área techada de 1,112.94m², por lo tanto con un área total techada de 2,463.16m². Asimismo cuenta con un cerco perimetral de ladrillo de 151.97 metros lineales y un cerco de fierro de 175.60 metros lineales.

El Área Administrativa de la Oficina, por medio de su Unidad de Servicios Generales, apoya el seguimiento al cumplimiento del MOSS (*Minimum Operation Security System*) establecido por el Sistema de las Naciones Unidas (Agencia UNDSS – *United Nations Department of Safety & Security*). La oficina de Perú tiene un nivel de cumplimiento de 97.14% en instalaciones y 100% en vehículos.

V. EL MARCO POLÍTICO DE LA OMS: DIRECTRICES MUNDIALES Y REGIONALES

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que disfrutar del más alto nivel de salud es un derecho fundamental del ser humano. De esa manera, la cooperación técnica de la OPS/OMS en Perú es guiada por los valores de la Organización que contribuyen para la salud de la población mundial, basada en el respeto a los derechos humanos relacionados con la salud, el compromiso con la equidad y la igualdad de género.

El marco estratégico para la cooperación técnica de la OPS/OMS, fue creado para atender a los mandatos de salud, regionales y mundiales, y consta de tres componentes estratégicos para la acción:

- a) Finalizar la agenda inconclusa de salud
- b) Mantener los logros sanitarios
- c) Afrontar los nuevos retos a la salud

Este marco estratégico es reflejado en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, el cual es basado en las siguientes orientaciones político-estratégicas:

Visión: La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

Misión: Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Valores: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad

XI Programa General de Trabajo 2006-2015 de la OMS (PGT) y su correspondiente Plan Estratégico de Mediano Plazo 2008-2013, que originaron los objetivos estratégicos del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, armonizar la contribución de la OPS/OMS al alcance de los objetivos globales son:

Las funciones básicas de la OPS/OMS que hacen clara la respuesta de la Organización al Programa de Acción Sanitaria Mundial:

- 1) Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieren actuaciones conjuntas;
- 2) Determinar las líneas de investigación, estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos;
- 3) Definir normas y patrones y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- 4) Formular opciones políticas que aúnen principios éticos y fundamento científico;
- 5) Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera, y
- 6) Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Agenda de Salud de las Américas 2008-2017

Elaborada por los Países Miembros de la OPS/OMS para “orientar la acción colectiva de los actores, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la Región” define las siguientes áreas de acción:

- a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional
- b) Abordar los determinantes de salud
- c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad
- d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos
- e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud
- g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- h) Fortalecer la seguridad sanitaria

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Guían las iniciativas nacionales e internacionales encaminadas a mejorar la salud de los pueblos de las Américas en respuesta a una resolución del Consejo Directivo de la OPS en 2004 (CD45/R3). Entre los ocho ODM seis son directamente relacionados con la salud:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En la búsqueda de lograr los ODMs, la OPS realiza esfuerzos para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables y reducir las inequidades en salud combatiendo los determinantes sociales claves de la exclusión social y de la exposición a los riesgos en salud. Fomenta y apoya la implementación de la Atención Primaria en Salud Renovada, movilizandorecursos y proveyendo cooperación técnica para alcanzar los 16 objetivos estratégicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobados por sus Estados Miembros.

Política en materia de igualdad de género de la OPS/OMS (resolución DC46-R16).

Consiste en un llamado a la Organización y a los Estados Miembros a que integren la perspectiva de género en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas, programas, proyectos e investigación para lograr:

1. un estado de salud óptimo en las mujeres y los hombres
2. la asignación equitativa de los recursos
3. la igualdad y justicia en la distribución de las cargas y las retribuciones asociadas con la atención de salud y el bienestar.

La política OPS/OMS de Igualdad de Género contempla trabajar con los gobiernos y la sociedad civil en los Estados Miembros y con actores relevantes para eliminar las desigualdades en materia de salud entre las mujeres y los hombres, y avanzar hacia el logro de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres. La OPS/OMS también está comprometida en impulsar la igualdad de género en su propia fuerza laboral.

Para contribuir a estos logros, la OPS/OMS integrará consideraciones de género en todas las facetas de su trabajo

Programa de salud de los pueblos indígenas

Contribuye al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural. Su finalidad es encaminarse a hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida inferiores al promedio que afrontan muchos de los pueblos indígenas en toda la Región, en colaboración con los propios pueblos indígenas.

Las estrategias son a) promover esfuerzos conjuntos y la responsabilidad compartida por la OPS y sus Estados Miembros y las organizaciones y las comunidades indígenas, junto con los organismos y las organizaciones nacionales e internacionales (gubernamentales y no gubernamentales); b) generar conocimientos e información basados en las experiencias, así como también permitir acumular sistemáticamente el conocimiento y la información adquiridas a través de la experiencia; y c) formular propuestas que respondan tanto a las situaciones específicas como a los contextos que varían de un país a otro, y concebir enfoques de acuerdo con los temas comunes a nivel regional con la participación de toda la Organización y todos los Estados Miembros en este proceso.

Plan Estratégico de Mediano Plazo de la OMS 2008-2012.

Marco estratégico para la cooperación de la OPS y sus componentes (Agenda inconclusa, Mantener logros y Nuevos desafíos).

VI. AGENDA ESTRATÉGICA

6.1 Introducción de la Agenda Estratégica

La Estrategia de Cooperación Técnica al País (ECP) refleja una visión a mediano plazo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de Salud (OPS/ OMS) para la cooperación técnica con Perú y define un marco estratégico para la acción. Es un instrumento de integración de los diversos niveles de la organización, articulador de los Objetivos del Milenio (ODM) con otros procesos de

carácter global, regional y nacional, así como con los demás socios del desarrollo y del Sistema de las Naciones Unidas (NNUU).

La ECP es el resultado de un proceso de consultas con actores claves de la salud en Perú, a través de un debate democrático, abierto, y flexible, que ha permitido su adaptación a las situaciones coyunturales del país. Además este proceso tuvo el acompañamiento y el compromiso de las autoridades del Ministerio de Salud del Perú.

Asimismo, esta Estrategia responde a los mandatos globales y regionales de la Organización tales como el XI Programa General de Trabajo de la OMS 2006-2015, Plan Estratégico de Mediano Plazo de la OMS 2008-2013, la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, el Plan Estratégico OPS/OMS 2008-2012, la Política de Cooperación Centrada en el País, y el Marco estratégico para la cooperación de la OPS y sus componentes (Agenda inconclusa, Mantener logros y Nuevos desafíos).

Enmarca las prioridades definidas en los seis ejes transversales para la cooperación técnica de la Organización: la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, la Promoción de la Salud, la Protección Social; la Igualdad de Género, Etnicidad y el Enfoque de Derechos Humanos.

Además, tiene en cuenta las siguientes premisas conceptuales:

1. Desarrollar enfoques que pongan el énfasis en la disminución de las inequidades en salud, privilegiando la salud como derecho, la equidad de género y la interculturalidad;
2. Promover acciones sectoriales e intersectoriales basadas en los determinantes sociales de la salud;
3. Facilitar la generación de un marco institucional adecuado para la coordinación de acciones conjuntas en los planos local, nacional y regional;
4. Identificar intervenciones integradas y sostenibles, a partir de datos probatorios existentes; y
5. Identificar escenarios y espacios geodemográficos para el desarrollo de dichas intervenciones.

Para el desarrollo de la ECP del Perú se contó con la realización de dos misiones ECP al país, integradas por funcionarios de los tres niveles de la OMS (global, regional y país). La primera misión fue realizada en el periodo de 30 de marzo al 2 de abril de 2009, que resultó en la definición de las líneas estratégicas de acción de la cooperación técnica de la OPS/OMS en el Perú, según una agenda intensa de consultas con las contrapartes nacionales. La segunda misión, realizada en el periodo de 12 al 14 de octubre de 2009, desarrolló la agenda estratégica de cooperación técnica de la OPS/OMS con el Perú 2010-2014, la cual fue sometida a la aprobación del Dr. Óscar Ugarte Ubilluz, Ministro de Salud del Perú.

Durante el proceso de desarrollo de la ECP, la misión tuvo acceso a una amplia selección de documentos del Gobierno, de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS, de otras instituciones nacionales y de las Agencias de las NNUU. El marco referencial de la ECP consideró los siguientes documentos nacionales: el Acuerdo Nacional, la Política Nacional de Lucha contra la Pobreza, el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, los Lineamientos de Gestión del Ministerio de Salud, entre otros.

De esta manera fue posible precisar los principales problemas de salud pública, actuales y previsibles, en el país, además de conocer y discutir las prioridades y necesidades de cooperación, definiendo los enfoques y modalidades para abordar los

desafíos presentados a la Organización en común acuerdo con las autoridades nacionales.

La presente ECP define lineamientos estratégicos que constituye un marco compartido de relaciones entre la OPS/OMS y las instituciones, organizaciones e instancias de coordinación existentes, y describe las interacciones a establecer para favorecer el desarrollo nacional de la salud en Perú.

6.2. Prioridades de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el País

Las líneas estratégicas de cooperación técnica de la OPS /OMS 2010-2014 con el país, definidas para el periodo 2010 2014 son las siguientes:

1. Fortalecimiento técnico y gerencial de la autoridad sanitaria nacional, regional y local
2. Incremento de la calidad y extensión de cobertura de los servicios integrados de salud
3. Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y de sus determinantes
4. Promoción e implementación de políticas públicas y fortalecimiento de la salud familiar y comunitaria
5. Mejoramiento de las capacidades en salud ambiental y en prevención y mitigación de desastres
6. Promoción e implementación de una política nacional de investigación y gestión del conocimiento en salud pública

Las principales líneas de acción de cada línea estratégica de la ECP Perú/ 2010 - 2014 fueron agrupadas según los componentes estratégicos del Plan Estratégico 2008 – 2012 de la OPS.

1. Fortalecimiento técnico y gerencial de la autoridad sanitaria nacional, regional y local

Agenda inconclusa

- Protección social / Aseguramiento universal (zonas priorizadas)
- Negociación y concertación de modelos de atención y de gestión descentralizados
- Desarrollo de RRHH en salud
- Redes y microrredes integradas de servicios
- Fortalecimiento del proceso de monitoreo y evaluación de políticas, planes y programas de salud y desarrollo intersectoriales
- Fortalecimiento de las capacidades gerenciales de la autoridad sanitarias en todos los niveles
- Abogacía para incrementar el Presupuesto nacional en salud
- Desarrollo y evaluación de tecnologías sanitarias

Proteger logros

- Evaluación de las FESP a nivel nacional y regional
- Uso y sostenibilidad de las Cuentas Nacionales en Salud

Nuevos desafíos

- Implementación de las políticas de desarrollo de los recursos humanos en salud
- Desarrollo de sistemas integrados de salud basados en la atención primaria de salud renovados
- Fortalecimiento de la gestión local

2. Incremento de la calidad y extensión de cobertura de los servicios integrados de salud

Agenda inconclusa

- Acreditación de servicios públicos.
- Integración de redes y extensión de coberturas de servicios de salud
- APS renovada y aplicación de Modelos de salud familiar (extensión de coberturas y redes integradas)

Proteger logros

- Garantía del acceso a medicamentos esenciales
- Mantenimiento de las altas coberturas de vacunación

Nuevos desafíos

- Garantía de la calidad de los medicamentos esenciales
- Desarrollo y extensión de la cobertura y calidad en la atención de salud, con énfasis en Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Loreto
- Introducción de la vacuna contra el VPH

3. Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y de sus determinantes

Agenda inconclusa

- Reducción de la carga de enfermedades transmisibles prioritarias: TB, Malaria, Dengue, Fiebre amarilla.
- Prevención y control de enfermedades desatendidas y la promoción de entornos saludables: Chagas, Peste, Lepra
- Promoción de estilos de vida saludables, y prevención y control de Enfermedades No Transmisibles: Cáncer de cuello uterino y mama, Diabetes mellitus, HTA
- Acceso a sangre segura

Proteger logros

- Eliminación de la rabia urbana
- Consolidación del Centro Nacional de enlace del RSI, y de los equipos de alerta y respuesta
- Sostenibilidad de la red de laboratorios de salud pública
- Mantener al país libre de circulación de polio virus salvaje, de virus de sarampión y de virus de rubéola

Nuevos desafíos

- Desarrollo de sistemas de vigilancia de los determinantes
- Implementación y mantenimiento de las vigilancias centinelas de neumonías y meningitis bacterianas, del rotavirus, y de cáncer cervicouterino
- Documentación y certificación de la eliminación del sarampión y de la rubéola en el país.

4. Promoción e implementación de políticas públicas y fortalecimiento de la salud familiar y comunitaria

Agenda inconclusa

- Reducción de la mortalidad materna
- Desarrollo e implementación de políticas y programas de promoción de la salud y entornos saludables (viviendas, escuelas, centros de trabajo, mercados, municipios y otros)
- Promoción de estilos de vida saludables con enfoque de curso de vida
- Fortalecimiento de iniciativas locales para el logro de los ODM
- Promoción del ejercicio de los derechos relacionados a la salud

Proteger logros

- Reducción de la mortalidad infantil
- Fortalecimiento y sostenibilidad de la lucha contra la desnutrición con enfoque intersectorial, basado en determinantes, y formación de alianzas

Nuevos desafíos

- Empoderamiento de las personas, familias y comunidades, orientado al ejercicio de los derechos en salud, la equidad de género y la interculturalidad
- Extensión/fortalecimiento de alianza estratégica que vinculen arte, salud y desarrollo
- Implementación de la reforma de atención de salud mental
- Promoción del desarrollo infantil y juvenil
- Fortalecimiento de políticas y programas para prevención de todas las formas de violencia social y doméstica
- Promoción de la seguridad vial

5. Mejoramiento de las capacidades en salud ambiental y en prevención y mitigación de desastres

Agenda inconclusa

- Ampliación de las Redes de emergencias y desastres a nivel regional y local
- Fortalecimiento e implementación de protocolos nacionales para prevención y mitigación en casos de emergencias y desastres
- Implementación de la Estrategia de Hospitales Seguros
- Establecimiento de una estrategia nacional de vivienda saludable
- Promoción de prevención de la TB, el VIH/sida en los centros de trabajo

Proteger logros

- Promoción de tecnologías apropiadas para la protección de la salud y el medio ambiente

Nuevos desafíos

- Generación de capacidades en la reducción de los efectos del cambio climático en la salud humana
- Formación de recursos humanos para la protección ambiental
- Promoción de la salud y seguridad de los trabajadores

6. Promoción e implementación de una política nacional de investigación y gestión del conocimiento en salud pública

Agenda inconclusa

- Fortalecimiento de rol rector del INS en investigación

Proteger logros

- Diseminación de investigaciones y desarrollo de tecnologías en salud
- Optimización de la red de bibliotecas virtuales de salud

Nuevos desafíos

- Actualización de las prioridades para una agenda de investigación en salud pública
- Abogacía para el abordaje interinstitucional y la definición de una política de investigación en salud pública
- Realizar evaluaciones económicas de la introducción de nuevas vacunas
- Promoción de redes para la gestión de la información y conocimiento, e investigación en salud pública

6.2 Enfoque Estratégico de la Cooperación Técnica

La Representación de la OPS/OMS en Perú está estructurada en programas y proyectos técnicos, cuenta con los recursos humanos necesarios y suficientes para apoyar su implementación. Además posee apoyo administrativo, los recursos financieros asignados al país, la disponibilidad de información y de conocimiento técnico pertinentes para la entrega de la cooperación técnica en el marco de esta ECP. Asimismo, la Oficina de Perú cuenta con apoyo de la Oficina Global y Regional de Organización Mundial de la Salud, sus Centros Especializados y Centros Colaboradores para llevar adelante esta estrategia de cooperación técnica con el país.

En el 14 de Octubre de 2009, el Dr. Manuel Peña, Representante de la OPS/OMS en Perú y la segunda misión ECP presentaron al Dr. Óscar Ugarte Ubilluz, Ministro de

Salud de Perú, la Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS 2010-2014 con el país, obteniéndose el pleno aval de la máxima autoridad en salud del país

El presente documento se firma en la ciudad de Lima, Perú días del mes de de 2009 en dos ejemplares originales de un mismo tenor siendo ambos igualmente auténticos.

VII. PLAN DE IMPLEMENTACION DE LA AGENDA ESTRATÉGICA

La Representación de la OPS/OMS en Perú esta estructurada en programas y proyectos técnicos, cuenta con recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura necesarios para apoyar su implementación. Posee apoyo administrativo, los recursos financieros asignados al país, la disponibilidad de información y de conocimiento técnico pertinentes para la entrega de la cooperación técnica en el marco de la ECP. Además, la Oficina de Perú cuenta con apoyo de la Oficina Global y Regional de Organización Mundial de la Salud, sus Centros Especializados y Centros Colaboradores para llevar adelante esta estrategia de cooperación técnica con el país.

Los aspectos globales a considerar desde la Representación de la OPS/OMS en Perú para la implementación de las 6 líneas priorizadas en la Agenda Estratégica, son:

Abogacía para políticas estatales de salud concertadas

- Liderazgo colaborativo en salud pública que rebase el intercambio de información y la coordinación de proyectos, promoviendo que los recursos de la cooperación internacional en salud (multilateral, bilateral y no gubernamental) se articulen con los planes locales de inversión y desarrollo sanitario.
- Incidencia en acuerdos políticos a través de foros, debates y pactos políticos, a fin de colocar la salud pública como elemento central del desarrollo y política de Estado y no de una sola gestión gubernamental
- Es imprescindible que la cooperación técnica esté centrada en los procesos de desarrollo y en la obtención de productos, es decir, en una gerencia basada en resultados.
- Es necesario contribuir al alineamiento de los recursos de cooperación global, regional y de la representación en las prioridades identificadas (una sola OMS).
- Existencia de contrapartidas nacionales complementarias a la cooperación internacional, orientadas a resultados contribuyendo a la eficiencia del gasto en salud del país.
- Énfasis en los Determinantes sociales de la salud y la Atención Primaria de la Salud que contribuyan a la integración de respuestas institucionales a los problemas de salud ligados a la pobreza, al medio ambiente y a los riesgos epidemiológicos, que permitan reducir las brechas en la situación de salud, considerando la interculturalidad, la perspectiva de género y los derechos humanos. De esta manera la inclusión de salud tiene que verse reflejada en todas las políticas sociales.
- Impulso a la investigación aplicada a los problemas prioritarios para aportar a un mejor diseño de políticas, programas y proyectos.

Cooperación descentralizada

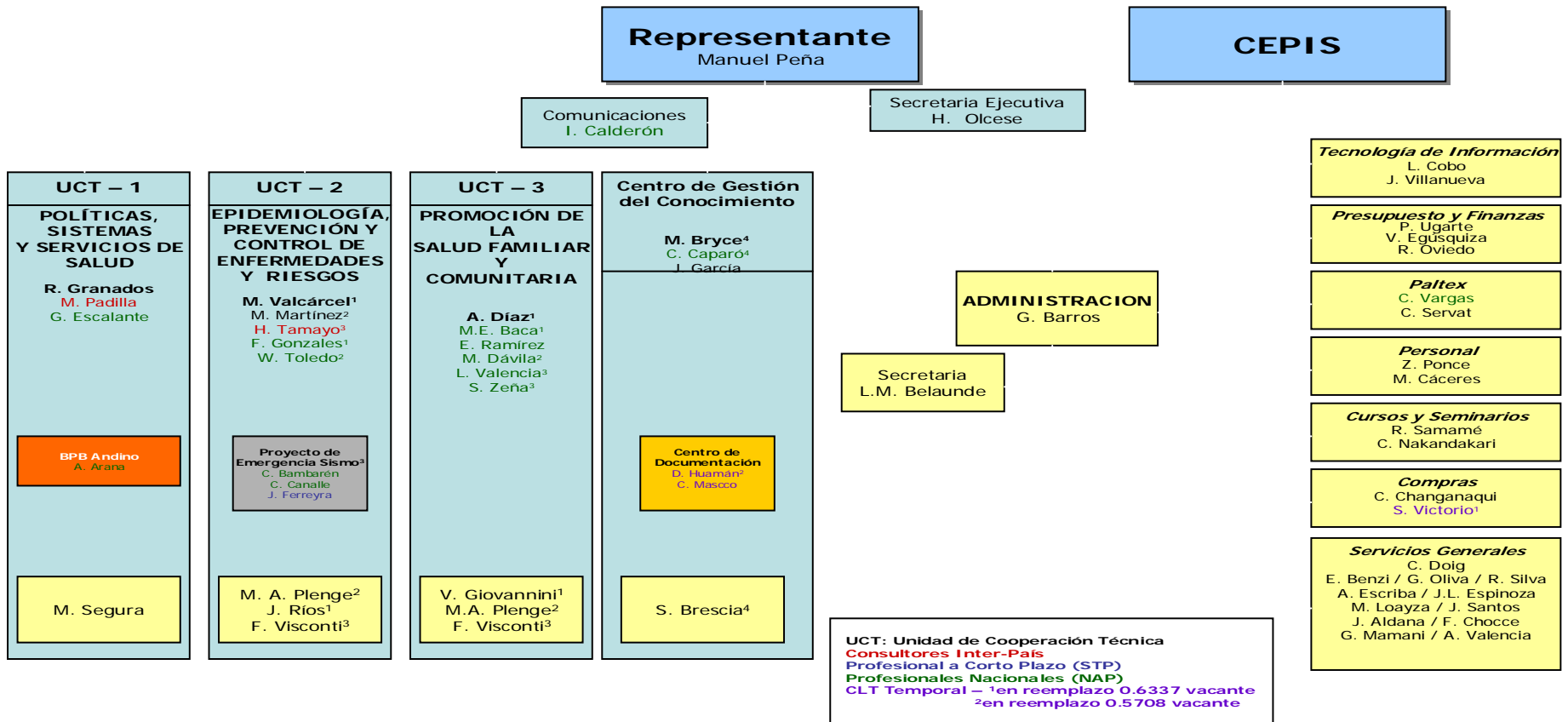
- Una cooperación técnica descentralizada vinculada a la profundización del proceso actual de descentralización en el país que contribuya al fortalecimiento de capacidades gerenciales y técnicas de las instituciones nacionales, regionales y locales.
- A partir de lo avanzado en estos últimos años, es fundamental mantener y potenciar el trabajo interagencial; especialmente contribuyendo al establecimiento de sinergias en las zonas prioritarias a través de la promoción y ejecución de proyectos interagenciales que permitan el abordaje integrado del desarrollo social y el enfoque de determinantes para la generación de oportunidades de vida y bienestar social, familiar e individual en Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Loreto.
- Promover y trabajar en los espacios colectivos de colaboración, negociación, concertación y generación de compromisos, tales como la Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición, Comités de coordinación interagencial, Mesas de diálogo y Grupos técnicos para fortalecer los procesos locales.

Desarrollo de la representación

- Adecuación de la estructura en la organización y los acuerdos funcionales para la implementación de las líneas estratégicas
- Articulación inter-programática o trabajo articulado, entre unidades de cooperación técnica en la organización (transversalización de los proyectos)
- Proceso de educación permanente del propio personal de la organización para fortalecer las competencias que les permitan implementar las 6 líneas estratégicas priorizadas. Desarrollar las competencias necesarias científico-técnicas, tecnológicas y gerenciales del personal internacional y nacional - técnico y administrativo- para que puedan desarrollar una más potente cooperación que apoye, facilite y coopere técnicamente.
- Máxima utilización de los recursos de la cooperación disponible: gestión del conocimiento, biblioteca virtual, illuminate, campus virtual, intercambios técnicos interregionales dentro del país, cooperación técnica inter país.
- Fortalecimiento de competencias para el liderazgo interagencial: Abogacía, negociación concertación, competencias políticas y diplomáticas que contribuyan a consolidar lo avanzado en la comunicación social, las relaciones públicas, y una sólida imagen corporativa.

En síntesis, la cooperación debe ser descentralizada, con énfasis en políticas de Estado y con una gerencia basada en los resultados. Para esto a nivel interno se requiere fortalecer el equipo de trabajo y consolidar el trabajo interprogramático al interior de la organización.

Anexo 1. Organigrama de la Representación de OPS/OMS-ECU 2009



Anexo 2. Entidades participantes

1. Representación de la OPS / OMS en el Perú
2. Ministro de Salud y funcionarios de las Direcciones Generales y alta dirección del Ministerio de Salud
3. Pilar Nores de García, Primera Dama de la Nación, Proyecto Sembrado
4. Consejo Nacional de Salud
5. Secretario Técnico de la Comisión Interministerial Asuntos Sociales Director de la Estrategia CRECER
6. Directora Ejecutiva del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres JUNTOS.
7. Secretario de la Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Infantil
8. Agencia Peruana de Cooperación Internacional
9. Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas.
10. Representantes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD
11. Representante de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO
12. Representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF
13. Oficial de Salud del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF
14. Representante del Programa Mundial de Alimentos, PMA
15. Representante del Fondo Monetario Internacional, FMI
16. Especialista Principal en Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo, OIT
17. Representante del Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA
18. Oficial de Operaciones del Banco Mundial
19. Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA
20. Representante del Banco Interamericano de Desarrollo, BID
21. Especialista Sectorial en temas de Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo, BID
22. Jefe de Operaciones del Banco Interamericano de Desarrollo, BID
23. Direcciones Generales del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
24. Grupos Académicos y Gremios Profesionales
25. Instituciones Académicas Pre-grado y Post-grado que articulan acciones con la OPS.
26. Sociedad Civil y Medios de Comunicación

Anexo 3. Siglas

ACNUR:	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APS:	Atención Primaria a la Salud
SIS:	Sistema Integral de salud
CCS:	Cooperation Country Strategy
ECP:	Estrategia de Cooperación de País
FG:	Fondo Global
MAIS:	Modelo de atención integral en salud
ONG:	Organización no Gubernamental
SNS:	Sistema Nacional de Salud
TB-MDR:	Tuberculosis Multidroga Resistente
USAID:	Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América del Norte
UNCT:	United Nations Country Team
MINSAL:	Ministerio de Salud

Anexo 4: Agenda de Primera Misión en Perú

PRIMERA MISIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS (ECP) CON EL PERÚ

30 de marzo al 2 de abril de 2009

AGENDA

Lunes 30 de Marzo

- 08:30 – 10:30 Reunión con el doctor Oscar Ugarte Ubilluz, Ministro de Salud
Sede del Ministerio de Salud
- 14:00- 17:00 Reunión de la misión ECP con la Representación PC/OMS en el Perú
Dr. Jarbas Barbosa
Dra. Lucimar Coser Cannon
Dr. Enrique Ezcurra Ferrer
Dra. Matilde Maddaleno
Dr. José Ruales
Auditorio de la Representación OPS/OMS

Martes 31 de Marzo

- 09:00 – 10:00 Reunión con la señora Pilar Nores de García, Primera Dama de la Nación
Sede del Palacio de Gobierno
- 11:30 – 12:30 Reunión con los Ministros Augusto Morelli, Director General de Diplomacia Social y Carlos González, Director de Evaluación y Coordinación de Proyecto de Diplomacia Social del Ministerio de Relaciones Exteriores; y los doctores Jorge Cuervo, Director de Políticas y Programas y Paola Bustamante, Directora de Gestión y Negociación Internacional de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional, APCI.
Sede de la APCI
- 13:00 – 13:30 Reunión con el ingeniero Iván Hidalgo, Secretario Técnico de la Comisión Interministerial Asuntos Sociales Director de la Estrategia CRECER y la Dra. Milagro G. Núñez Rivera, Directora Ejecutiva del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres JUNTOS.
Auditorio de la Representación OPS/OMS
- 14:30 - 15:30 Reunión con el señor Milo Stanojevich, Director de CARE, Perú y Secretario de la Iniciativa de Lucha contra la Desnutrición Infantil y el señor Carlos Rojas, Asesor Nacional en Nutrición.
Auditorio de la Representación OPS/OMS
- 17:00 - 18:30 Reunión con la doctora Carmen Vildoso Chirinos, Ministra de la Mujer y Desarrollo Social.
Sede del MIMDES

Miércoles 1 de abril

- 09:30 - 10:30 Reunión con el señor Jorge Chediek, Coordinador Residente de las Naciones Unidas y Representante Residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD
Auditorio de la Representación OPS/OMS
- 10:30 -11:30 Reunión con jefes de agencias de las Naciones Unidas
Auditorio de la Representación OPS/OMS
- Sr. Jorge Chediek, Representante Residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD
 - Dr. Roberto Cuevas, Representante de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO
 - Dr. Guido Cornale, Representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

- Dr. Mario Tavera, Oficial de Salud del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF
- Dr. Guy Gauvreau, Representante del Programa Mundial de Alimentos, PMA
- Sr. Luis Breuer, Representante del Fondo Monetario Internacional, FMI
- Sr. Fabio Durán Valverde, Especialista Principal en Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo, OIT
- Sra. Renate Ehmer, Representante del Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA
- Sr. Nelson Gutiérrez, Oficial de Operaciones del Banco Mundial
- Dr. Esteban Caballero, Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA
- Sra. Ana Rodríguez-Ortiz, Representante del Banco Interamericano de Desarrollo, BID
- Sr. Ian MacArthur, Especialista Sectorial en temas de Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo, BID
- Sr. Fernando Montenegro, Jefe de Operaciones del Banco Interamericano de Desarrollo, BID

13:30 - 15:30

Reunión con la Sociedad Civil y Medios de Comunicación
Auditorio de la Representación OPS/OMS

16:30 - 18:30

Reunión con los Grupos Académicos y Gremios Profesionales
Auditorio de la Representación OPS/OMS

Jueves 2 de abril

08:30 -12:30

Reunión con los miembros de la misión del ECP

Anexo 5: Agenda de Segunda Misión en Perú

SEGUNDA MISIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS (ECP) CON EL PERÚ
12 al 16 de octubre de 2009

AGENDA

Lunes 12 de Octubre

- 08:30 – 10:30 Reunión de la misión ECP con el Representante de la OPS /OMS den el Perú
- 10:30- 12:00 Reunión de la misión ECP con la Representación PC/OMS en el Perú
Dra. Lucimar Coser Cannon
Dr. Marco Espinal
Dr. Joaquín Molina
Adm. Silvia Valentín
Auditorio de la Representación OPS/OMS

Martes 13 de Octubre

- 08:30 -12:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
14:30 - 18:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
Auditorio de la Representación OPS/OMS

Miércoles 14 de Octubre

- 08:30 -12:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
14:30 - 17:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
Auditorio de la Representación OPS/OMS
- 18:00 - 20:30 Reunión con el doctor Oscar Ugarte Ubilluz, Ministro de Salud
Sede del Ministerio de Salud

Jueves 15 de Octubre

- 08:30 -12:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
14:30 - 18:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
Auditorio de la Representación OPS/OMS

Viernes 16 de Octubre

- 08:30 -12:30 Reunión con los miembros de la misión del ECP
14:30 - 18:30 Reunión de los miembros de la misión del ECP
Auditorio de la Representación OPS/OMS