

SUBGERENCIA DE AUDITORÍA DE DESEMPEÑO

INFORME N° 8751-2022-CG/ADES-ADE

AUDITORÍA DE DESEMPEÑO

**“AUDITORÍA DE DESEMPEÑO SOBRE LA CAPACIDAD
DEL SISTEMA SANITARIO PARA PREVENIR,
FORTALECERSE Y PREPARARSE PARA LOS RIESGOS
DE SALUD PÚBLICA – META 3.D DEL ODS 3”**

PERIODO: DEL 1 DE ENERO DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

TOMO I DE I

**LIMA – PERÚ
2022**



0721



TV120221L200

INFORME N° 8751-2022-CG/ADES-ADE

“AUDITORÍA DE DESEMPEÑO SOBRE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PARA PREVENIR, FORTALECERSE Y PREPARARSE PARA LOS RIESGOS DE SALUD PÚBLICA – META 3.D DEL ODS 3”

PERIODO: 1 DE ENERO DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

RESUMEN EJECUTIVO

La pandemia provocada por el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) ocasionó al 23 de agosto de 2022, un total de 215 179 muertes en el Perú¹, posicionándonos como uno de los países con mayor tasa de letalidad a nivel mundial. Asimismo, los recursos destinados por el Perú para la Covid-19 alcanzaron, al 15 de setiembre de 2022, un total de 47 824 millones de soles². La crisis sanitaria expuso las debilidades de nuestro sistema de salud, como la fragmentación en su organización, la débil rectoría del Ministerio de Salud, la falta de una red de laboratorios de biología molecular, la actuación limitada del Centro de Control de Enfermedades, entre otras; sin embargo, mejorar las capacidades básicas de laboratorio, vigilancia, comunicación de riesgos, entre otras, ya estaban previstas desde mucho antes, en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.

El Reglamento Sanitario Internacional es un instrumento vinculante que tiene por finalidad prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, que nuevamente ha tomado relevancia a consecuencia de la pandemia provocada por la Covid-19.

Bajo la mirada de la auditoría de desempeño, y como parte del compromiso de la Contraloría General de la República para evaluar el progreso en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, este documento analiza cómo el Perú ha impulsado la creación y mantenimiento de las capacidades básicas del Sistema de salud para prepararse para las emergencias de salud, como parte de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, en el marco de la meta 3.d del ODS 3 “Salud y Bienestar”.

El informe se estructura en tres secciones. En la primera sección se aborda los marcos legales, de políticas y acuerdos institucionales que promueven la implementación del Reglamento Sanitario Internacional y consecuentemente el mejoramiento de las capacidades básicas del Sistema de Salud para prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública; asimismo, se evalúa la coherencia horizontal y vertical del marco de políticas, y la participación de las partes interesadas y de los grupos vulnerables en el proceso de elaboración del marco normativo y de políticas del RSI.

¹ Portal de Datos Abiertos Minsa y Gestión del conocimiento en Covid-19, al 23 de agosto de 2022 (<https://www.minsa.gob.pe/datosabiertos/>)

² Portal de Consulta amigable – MEF al 15 de setiembre de 2022 (<https://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx>)

En la segunda sección, se aborda lo referido a la asignación de recursos necesarios para fortalecer las capacidades básicas del Sistema de Salud prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública, en el marco de la implementación del RSI. Finalmente, en la tercera sección se analiza cómo se monitorea y evalúa las capacidades básicas establecidas en el RSI, las acciones que proponen cerrar las brechas identificadas en las citadas evaluaciones, así como, la evaluación de las necesidades de los grupos vulnerables y partes interesadas en la evaluación de riesgos para la salud.

La metodología utilizada en el presente informe se basó en el uso de herramientas cualitativas como las entrevistas realizadas a los funcionarios de distintas unidades orgánicas y entidades que participan en la implementación del RSI; así como, las solicitudes de información a través de cuestionarios y de requerimientos de documentación.

Finalmente, el informe plantea las conclusiones y plantea recomendaciones, que buscan abordar las deficiencias detectadas durante la auditoría, para que sean implementadas por las entidades auditadas con el propósito de mejorar las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional.

INFORME N° 8751-2022-CG/ADES-ADE**“AUDITORÍA DE DESEMPEÑO SOBRE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA SANITARIO
PARA PREVENIR, FORTALECERSE Y PREPARARSE PARA LOS RIESGOS DE
SALUD PÚBLICA – META 3.D DEL ODS 3”****PERIODO: 1 DE ENERO DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021****INDICE GENERAL**

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | INTRODUCCIÓN | 4 |
| II. | DESCRIPCIÓN DE LA MATERIA DE CONTROL..... | 5 |
| 2.1 | Descripción de la materia de control..... | 5 |
| 2.2 | Descripción del problema de auditoría | 8 |
| III. | PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA | 15 |
| 3.1 | Objetivos de auditoría | 15 |
| 3.2 | Preguntas de auditoría | 15 |
| IV. | ENFOQUE Y ALCANCE..... | 16 |
| 4.1 | Enfoque de auditoría | 16 |
| 4.2 | Alcance de auditoría | 16 |
| V. | METODOLOGÍA..... | 17 |
| 5.1 | Métodos de recopilación de información | 17 |
| 5.2 | Métodos de análisis de información..... | 17 |
| VI. | CRITERIOS DE AUDITORÍA Y SUS FUENTES | 18 |
| VII. | RESULTADOS | 20 |
| 7.1 | Respecto a los marcos legales y políticos para mejorar las capacidades del sistema de salud para prevenir, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública..... | 20 |
| 7.2 | Respecto a las disposiciones institucionales para la coherencia vertical y horizontal eficaz que promueva un enfoque integrado para mejorar las capacidades de los sistemas de salud | 29 |
| 7.3 | Respecto a los marcos jurídicos y políticos y los acuerdos institucionales propuestos con relación a las necesidades de los grupos vulnerables identificados y la mejora de las capacidades del sistema sanitario. | 40 |
| 7.4 | Respecto a la difusión de información del gobierno a los ciudadanos y a las partes interesadas, y su inclusión como participantes de su trabajo sobre los marcos legales y políticos y los acuerdos institucionales relacionados con la mejora de las capacidades establecidas en el RSI. | 44 |
| 7.5 | Respecto a los recursos necesarios para fortalecer las capacidades del Sistema de salud con la finalidad de pronosticar, prevenir y prepararse ante los riesgos de salud pública. | 45 |
| 7.6 | Respecto a los presupuestos relacionados con la implementación del Reglamento Sanitario, la participación de las partes interesadas en el proceso presupuestario, y las necesidades específicas de los grupos vulnerables. | 52 |
| 7.7 | Respecto al alineamiento de las instituciones y entidades gubernamentales a diferentes niveles en la realización de evaluaciones de riesgos, seguimiento, evaluación y presentación de informes relacionados con las capacidades del sistema de salud. | 53 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7.8 | Respecto a los planes de acción y estrategias que aborden las brechas identificadas en las evaluaciones de las capacidades básicas establecidas en el RSI, y a su seguimiento. | 56 |
| 7.9 | Respecto a la evaluación de las necesidades de los grupos vulnerables, y la participación de las partes interesadas en la evaluación de riesgos de los sistemas de salud | 62 |
| 8 | COMENTARIOS DE LOS GESTORES | 63 |
| 9 | CONCLUSIONES | 64 |
| 10 | RECOMENDACIONES | 66 |
| | Bibliografía | 68 |
| | Glosario | 69 |
| | Anexos | 71 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla n.º 1: Ranking de Resiliencia al Covid..... | 22 |
| Tabla n.º 2: Situación actual de muestra de laboratorios referenciales regionales | 51 |
| Tabla n.º 3: Situación actual de muestra de laboratorios referenciales regionales | 52 |
| Tabla n.º 2 :Componente, Objetivo, Metas y Estrategias de la Dimensión | 79 |
| Tabla n.º 3: Informe de Avance Metas Plan Decenal..... | 80 |

ÍNDICE DE IMÁGENES

| | |
|--|----|
| Imagen n.º 1 :Componentes del marco de Seguimiento y Evaluación del RSI | 6 |
| Imagen n.º 2 :Las trece capacidades básicas del RSI | 7 |
| Imagen n.º 3 : Funciones establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Minsa.9 | |
| Imagen n.º 4: Organigrama CDC | 13 |
| Imagen n.º 5: Grado de Implementación de las Capacidades del RSI | 14 |
| Imagen n.º 6: Línea de tiempo – Actas de la Comisión Multisectorial RSI..... | 27 |
| Imagen n.º 7: Fases de revisión y análisis la Política Nacional, PESEM y PEI's..... | 31 |
| Imagen n.º 8: Mapa de los PEI's..... | 32 |
| Imagen n.º 9: Línea de tiempo – Actas de Comisión Zoonosis | 38 |
| Imagen n.º 10: Determinantes de la Salud..... | 42 |
| Imagen n.º 11: Modelo Conceptual del Sector Salud..... | 43 |
| Imagen n.º 12: Gasto efectuado en relación a Recursos para el Covid-19 entre el 2020 al 2022 (Devengado)..... | 48 |
| Imagen n.º 13: Componentes del Proyecto de “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 25 Departamentos” | 50 |
| Imagen n.º 14: Puntuación RSI (2005) por capacidad Perú 2016-2017..... | 59 |
| Imagen n.º 15: Puntuación RSI (2005) por capacidad Perú 2018-2019-2020 | 59 |
| Imagen n.º 15: Puntuación RSI (2005) por capacidad Perú 2021..... | 60 |

INFORME N° 8751-2022-CG/ADES-ADE

“AUDITORÍA DE DESEMPEÑO SOBRE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PARA PREVENIR, FORTALECERSE Y PREPARARSE PARA LOS RIESGOS DE SALUD PÚBLICA – META 3.D DEL ODS 3”**PERIODO: 1 DE ENERO DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021****I. INTRODUCCIÓN**

La presente “Auditoría de Desempeño sobre la Capacidad del Sistema Sanitario para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de salud pública - meta 3.d del ODS 3” tuvo en cuenta la prioridad transversal 2 del Plan Estratégico de la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) 2017-2022 “contribuir al seguimiento y revisión de los ODS dentro del contexto de los esfuerzos específicos de desarrollo sostenible de cada nación y los mandatos individuales de las EFS”; así como, los esfuerzos de la Iniciativa de Desarrollo de la INTOSAI (IDI), el Comité de Compartir Conocimientos de la INTOSAI (KSC) y la Organización Caribeña de Entidades Fiscalizadoras Superiores (CAROSAI) para sacar adelante la auditoría coordinada de los sistemas nacionales de salud pública fuertes y resilientes (meta 3d del ODS 3).

La materia a examinar en la presente auditoría está asociada al proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional, así como a las capacidades del Sistema de Salud para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de salud pública, teniendo en cuenta el indicador 3.d.1 “Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud” de la meta 3d del ODS 3.

En ese sentido, el proceso de auditoría permitirá examinar los avances realizados por el gobierno para mejorar las capacidades básicas del Sistema de Salud, necesarias para hacer frente a los diversos riesgos que puedan comprometer la salud pública; así como, el marco normativo, la estructura de gobernanza, los mecanismos de articulación y coordinación y su relación con las diversas partes interesadas y grupos vulnerables, siguiendo el principio de no dejar a nadie atrás.

II. DESCRIPCIÓN DE LA MATERIA DE CONTROL

2.1 Descripción de la materia de control

En la 4ª Asamblea Mundial de la Salud en 1951, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron el Reglamento Sanitario Internacional, el cual fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969³. El Reglamento de 1969, que inicialmente abarcaba seis “enfermedades cuarentenables”, fue modificado en 1973⁴ y 1981⁵, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela.

De forma similar, en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, de 23 de mayo de 2005, los Estados aprobaron el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en adelante RSI (2005), el cual entró en vigor el 15 de junio de 2007, con la finalidad de “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. El RSI (2005) presentó una serie de novedades, entre las cuales se puede mencionar⁶:

- a. Su alcance no se limita a tal o cual enfermedad o modalidad de transmisión en concreto, sino que abarca “toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano”⁷.
- b. Establece la obligación, de los Estados Parte, de instalar un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública⁸.
- c. Establece la obligación, de los Estados Parte, de notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de acuerdo con criterios definidos⁹.
- d. Establece disposiciones que autorizan a la OMS a tomar en consideración las noticias oficiosas acerca de eventos de salud pública y solicitar a los Estados Parte la verificación de esos eventos.
- e. Establece procedimientos para que el director general determine la existencia de una “emergencia de salud pública de importancia internacional» y formule las recomendaciones temporales correspondientes, después de haber tenido en cuenta la opinión de un Comité de Emergencias”.
- f. Establece la protección de los derechos humanos de los viajeros y otras personas.
- g. Establece los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y Puntos de Contacto de la OMS para el RSI, encargados de tramitar las comunicaciones urgentes entre los Estados Parte y la OMS¹⁰.

En la tercera edición del RSI (2005): se presentó una revisión del anexo 7 que contenía la primera enmienda adoptada en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud de 2014 que,

³ Véase Actas Oficiales de la OMS, n.º 176, 1969, resolución WHA22.46 y anexo 1.

⁴ Véase Actas Oficiales de la OMS, n.º 209, 1973, resolución WHA26.55.

⁵ Véase el documento WHA34/1981/REC/1, resolución WHA34.13; véase también Actas Oficiales de la OMS, n.º 217, 1974, resolución WHA27.45, y resolución EB67.R13, Modificación del Reglamento Sanitario

⁶ Reglamento Sanitario Internacional (2005)

⁷ Artículo 1 del Título I del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

⁸ Anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

⁹ Apéndice 2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

¹⁰ Numeral 2 del Artículo 4 del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

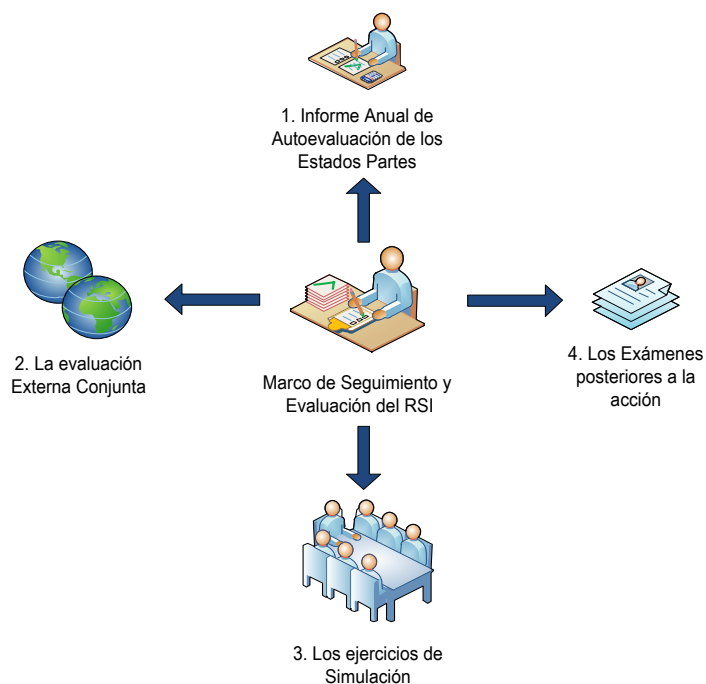
de conformidad con la constitución de la OMS, entró en vigor el 11 de julio de 2016 para todos los Estados parte.

Entorno a la aplicación e implementación del RSI (2005), es oportuno mencionar¹¹ que:

- El RSI es de cumplimiento obligatorio en 196 países, incluidos los 194 miembros de la OMS.
- El RSI requiere que los países designen un punto de enlace nacional para las comunicaciones con la OMS, de cara a establecer las capacitaciones centrales para la vigilancia y respuesta.
- El RSI introduce importantes salvaguardas para proteger los derechos de los viajeros y otras personas en relación al tratamiento de datos personales, consentimiento informado y no discriminación en la aplicación de medidas de salud.
- Los 196 Estados parte han reportado indicadores del RSI en los últimos años.
- La nómina de expertos establecida por el director general de la OMS bajo el RSI incluye más de 440 expertos.
- 83% de los países de alto riesgo incluidos en el Índice de Gestión del Riesgo tienen planes de preparación interagencias.

En 2015, la Secretaría de la OMS junto con los Estados Parte iniciaron la elaboración de métodos de seguimiento y evaluación, centrándose en las Capacidades Nacionales Básicas que se consolidaron en el documento denominado “Marco de Seguimiento y Evaluación del RSI”, con objeto de garantizar de forma satisfactoria una rendición de cuentas mutua entre los Estados parte, y a la vez fomentar la confianza y el reconocimiento de los beneficios para la salud pública que se derivan de la adopción de un conjunto de normas comunes, inspiradas en el diálogo y la transparencia. El mencionado marco consta de los siguientes componentes:

Imagen n.º 1 :Componentes del marco de Seguimiento y Evaluación del RSI

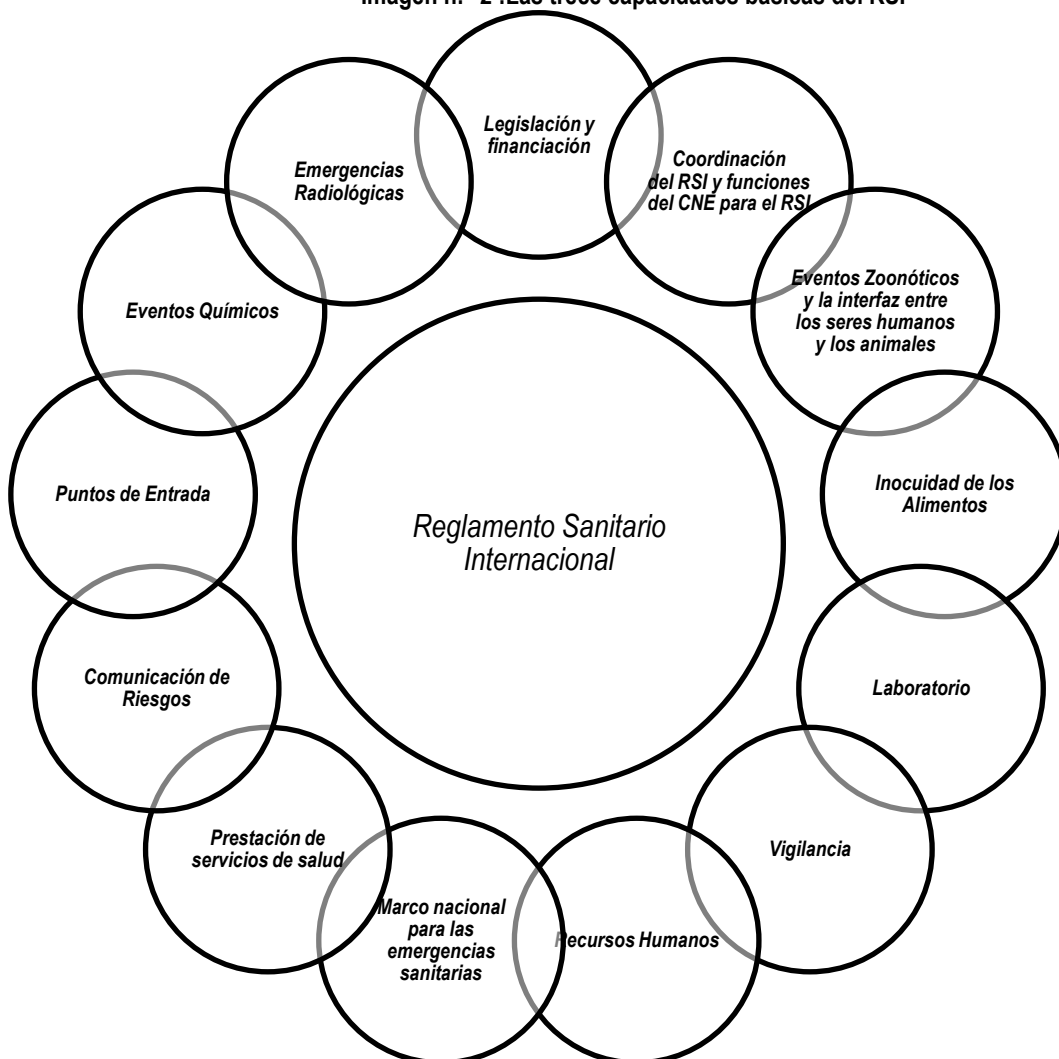


Fuente: Marco de Seguimiento y Evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

¹¹ Reglamento Sanitario Internacional – Datos Claves. <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional?page=3>

De los cuatro componentes presentados, el primero es de presentación obligatoria y los demás son voluntarios; y para poder presentar el informe anual de autoevaluación, el país debe aplicar el Instrumento de Autoevaluación para la presentación anual de Informes de los Estados Parte, que evalúa cada una de las trece (13) capacidades básicas mínimas de vigilancia y respuesta (Ver Anexo n.º 1), con la finalidad de detectar, evaluar y notificar cualquier posible evento de salud pública de importancia internacional, y de esta manera poder responder ante él. El citado instrumento define estas capacidades de la siguiente manera:

Imagen n.º 2 :Las trece capacidades básicas del RSI



Fuente: Instrumento de Autoevaluación para la presentación anual de Informes de los Estados Parte

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

2.2 Descripción del problema de auditoría

La Covid-19 ha mostrado la fragilidad de los Sistemas de Salud y el quebrantamiento de la seguridad sanitaria mundial; al respecto, Ferguson et al., 2020, citado en Gozzer et al., 2020 han afirmado que:

“La Covid-19 ha demostrado que el mundo no está preparado para prevenir los eventos zoonóticos de potencial pandémico. La infección está provocando inestabilidad incluso en países con economías fuertes, colapsando sus servicios de salud y llevándolos, en algunos casos, a tomar medidas extremas que incluyen el cierre de fronteras y la cuarentena regional o nacional. (Gozzer, 2020, p. 371).”

La pérdida de vidas a raíz de la pandemia provocada por la Covid-19 han expuesto al Perú como uno de los países con la tasa de mortalidad más alta a nivel mundial; de acuerdo a un estudio realizado por la Universidad Johns Hopkins; por ello, es necesario conocer las lecciones aprendidas para mejorar nuestro Sistema de Salud, y poder estar mejor preparados para las futuras emergencias sanitarias.

En ese contexto, Gozzer (2022) nos señala que es importante contar con políticas de largo plazo desarrolladas por el gobierno, la academia y la sociedad en su conjunto, y que dichas políticas deben respaldarse con recursos financieros, a fin de fortalecer la salud pública. Asimismo, respecto a las lecciones aprendidas durante la pandemia, el autor nos señala, entre otras, que:

- En la actualidad, la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas, principalmente zoonóticas se facilitan por el calentamiento global, la invasión de ecosistemas, entre otras.
- Abordar una pandemia requiere de un trabajo multisectorial, con base en evidencias científicas, priorizando la prevención, e incluyendo la participación de la sociedad organizada, el sector público y privado; así como una respuesta global articulada.
- Realizar una detección rápida de casos y comunicar a la población, a través de diferentes canales, las medidas de protección personal y familiar, puede ayudar a contener el brote o reducir su propagación.
- La crisis sanitaria ha fomentado la innovación y la aceleración de intervenciones, como por ejemplo: la telesalud, el uso de base de datos, la vigilancia genómica y de aguas residuales, entre otros.

Tal como lo señala Gozzer (2022), un elemento esencial para detener o mitigar el efecto de una pandemia es la detección precoz de casos y responder lo más temprano posible, por lo que, en nuestro país, la entidad encargada de dicha tarea es el Ministerio de Salud, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (en adelante “CDC”¹²).

Asimismo, el Reglamento de Organización y Funciones del Minsa establece, entre otras, las siguientes funciones al CDC, que se muestra en la imagen siguiente:

¹² Se utiliza el acrónimo CDC para referirse al Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú; sin embargo, este uso no significa que tenga las mismas atribuciones y funciones del Centers for Disease Control and Prevention - CDC de los Estados Unidos.

Imagen n.º 3 : Funciones establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Minsa
Respecto al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública

- Desarrollar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en el ámbito nacional, así como formular, proponer y monitorear el adecuado uso de herramientas, instrumentos y metodologías para su funcionamiento.

Respecto a los Lineamientos, normas, proyectos y estrategias en el marco del RSI (2005)

- Elaborar e implementar en lo que corresponda, lineamientos, normas, proyectos y estrategias en materia de sanidad internacional, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) y otros acuerdos de salud, en coordinación intrasectorial, intersectorial e intergubernamental.

Respecto a la Vigilancia epidemiológica en Salud Pública y de Control de brotes epidémicos

- Coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica en Salud Pública y de Control de brotes epidémicos y otras emergencias sanitarias, con los órganos competentes del Ministerio de Salud y con los Gobiernos Regionales.

Fuente: Reglamento de Organización y Funciones del Minsa.

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

En ese contexto, el CDC sería el responsable de elaborar la estrategia en materia de sanidad internacional en el marco del RSI (2005), así como, de coordinar la vigilancia epidemiológica y el control de brotes y otras emergencias sanitarias¹³. Entonces, resulta necesario preguntarnos cómo se afrontó la pandemia ocasionada por la Covid-19.

Al respecto, el Viceministerio de Salud Pública remitió información sobre el grado de implementación del RSI (2005) en el Perú, las acciones que se han venido realizando, así como, las deficiencias y dificultades que se afrontaron para el desarrollo de las capacidades básicas del sistema de salud¹⁴, donde se señala, entre otros aspectos, que:

- Las acciones inherentes del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades se vieron limitadas por una serie de disposiciones, como la superposición de funciones y atribuciones por parte de otras Direcciones del Minsa y otros Organismos Públicos del Sector.
- Encontrar recursos para apoyar el desarrollo de capacidades del sistema de salud ha sido y sigue siendo un desafío, esto debido a que los presupuestos nacionales están más orientados a satisfacer las necesidades de salud cotidianas de la población.
- Si bien el país asumió el compromiso de adoptar el RSI, la implementación de sus capacidades básicas tiene un grado de avance medio, ya que en la última autoevaluación realizada el 2021¹⁵ y que corresponde al 2020, el Perú alcanzó un 59% como promedio de puntuación, comparado con el 72% de región de las Américas y el 65% del nivel mundial. Cabe señalar que, la autoevaluación tiene la limitante de responder a preguntas meramente cualitativas y no cuantitativas, por lo que el nivel informado no garantiza el nivel real de preparación del país.

¹³ Reglamento Sanitario Internacional – Datos Claves. <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional?page=3>

¹⁴ Mediante Informe n.º 069-2022-DVMSP/MINSA de 9 de febrero de 2022 del Viceministerio de Salud Pública remitió el Informe n.º 007-2022-FCQ-DBROTES-EVISAP-CDC-MINSA

¹⁵ Durante la elaboración del presente informe, es de precisar que la última autoevaluación fue realizada el 2022.

- La evaluación de riesgos sobre eventos de salud pública es realizada por los especialistas en Epidemiología (Epidemiólogos de campo) del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Asimismo, en la información remitida se informó sobre las limitaciones del CDC, siendo estas las siguientes:

- La Ley n.º 26842 – Ley General de Salud, establece en su artículo 76 que la Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes; esta acción viene siendo ejecutada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; sin embargo, durante la pandemia ocasionada por la Covid-19 se evidenció el problema de no contar con una disposición con rango de Ley que regule el sistema de vigilancia epidemiológica y la inteligencia sanitaria a nivel nacional, en virtud de la importancia de ambos procesos para la toma de decisiones en la salud pública, ocasionando que se origine una fragmentación y desarticulación de la información de la Vigilancia en el país, llevando a algunos órganos del Minsa y otras entidades (Seguro Social de Salud del Perú, Fuerzas Armadas y Policiales, Instituto Nacional Penitenciario, otros) establezcan sus propios sistemas de información.
- La descentralización del Ministerio de Salud ha proporcionado la adopción de modelos regionales heterogéneos de funcionamiento de las Oficinas de Epidemiología, así como la asignación variable de recursos tanto humanos, financieros y logísticos para la implementación de vigilancia e inteligencia sanitaria en salud pública. Estos modelos de organización heterogéneos impiden al CDC y a la Red Nacional de Epidemiología (Renace) trabajar como una red para dar respuesta oportuna y efectiva frente a brotes, epidemias y pandemias.
- Los perfiles diversos del Personal que trabaja en la red Renace, principalmente en los niveles de redes y regiones de salud, es una barrera para mejorar sus competencias y repercute en la toma de decisiones claves para hacer frente a los principales problemas del país, reflejándose una brecha en Recursos Humanos.
- De los 25 millones solicitados para el año 2021, solo se recibió 8 millones, limitando la ejecución de las actividades y tareas, en cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.
- Se evidenció durante la pandemia ocasionada por la Covid-19 que había diferencias entre regiones, hospitales, establecimientos de salud; en materia de espacio físico (para el funcionamiento de la unidad o área), equipos informáticos, medios de comunicación (acceso a internet) para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica.
- Se observó duplicidad y superposición de normatividad dentro de las funciones de vigilancia epidemiológica, con las otras Direcciones del Minsa.
- La toma de decisiones no siempre corresponde a aspectos técnicos.

Finalmente, en la información remitida por el Viceministerio de Salud Pública se concluye que:

- El grado de implementación de las capacidades básicas en el país es insuficiente y es que no hay compromiso definido de los líderes nacionales de mayor rango, así como tampoco una financiación adecuada para apoyar la capacidad de prevención, detección y respuesta ante emergencias sanitarias.

- La planificación de la preparación ante pandemias es una función esencial de los gobiernos y del sistema internacional, y deben supervisarse al más alto nivel. No es una responsabilidad exclusiva del sector salud.

Lo expuesto, nos muestra la importancia que tiene el CDC en la vigilancia epidemiológica y en el control de brotes y otras emergencias sanitarias, y en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.

En ese sentido, es importante recordar que previamente a la creación del Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en el año 2016, la OPS elaboró el Resumen de Posición para la creación de este Centro¹⁶, señalando que, si bien hubo notables mejoras en la situación de salud, las brechas sanitarias entre zonas del país y grupos poblacionales, así como el cambio del perfil epidemiológico, la persistencia de enfermedades transmisibles emergentes que amenazaban la seguridad de la salud global y otros problemas, representaron un reto importante para el sistema de salud peruano.

La OPS también señaló en el documento que, para la preparación y respuesta frente este tipo de problemas, en el Perú intervenían la Dirección General de Epidemiología, la Dirección General de Salud de las Personas (Digesa), los laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), la Oficina General de Defensa Nacional, así como otras unidades técnicas y administrativas como Digesa, Digemid y la Oficina General de Administración. Además, hizo hincapié en los costos humanos y económicos del manejo de las epidemias y daños en la salud pública; el complejo perfil epidemiológico del Perú, en el que persisten las enfermedades transmisibles y se agregan enfermedades no transmisibles; la ubicación del país en zonas de potenciales desastres, y las amenazas que plantea el cambio climático.

Adicionalmente, la OPS señaló que la organización de las unidades técnicas encargadas de prevenir, detectar y responder frente a daños, enfermedades y desastres que ponen en riesgo la salud de la población no permitían responder con eficiencia y rapidez frente a este tipo de circunstancias. Por ello, planteó la necesidad de crear una organización que recoja las experiencias nacionales e internacionales a este tipo de problemas y que articule de manera eficiente y efectiva los recursos institucionales para garantizar la protección de la salud de la población peruana.

En ese sentido, el principal objetivo establecido por la OPS para la creación de este Centro de Control y Prevención de Enfermedades fue contar con una organización que se encargue de articular los esfuerzos nacionales para proteger la salud de la población peruana previniendo, detectando y respondiendo oportuna, eficiente y efectivamente a las amenazas a la salud pública con intervenciones que pueden ser colectivas o individuales. Para tal efecto, se señaló que el CDC contaría con las siguientes cuatro áreas de acción:

1. **Control, prevención y detección:** En esta línea de acción se incluyó el control y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la promoción de

¹⁶ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en atención a un acuerdo con la Alta Dirección del Minsa, se comprometió a brindar apoyo para el desarrollo de un Documento Conceptual que exprese la posición política del Ministerio de Salud (Minsa) sobre la creación del Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Perú.

familias y comunidades saludables, y la vigilancia de enfermedades, daños, factores y riesgos.

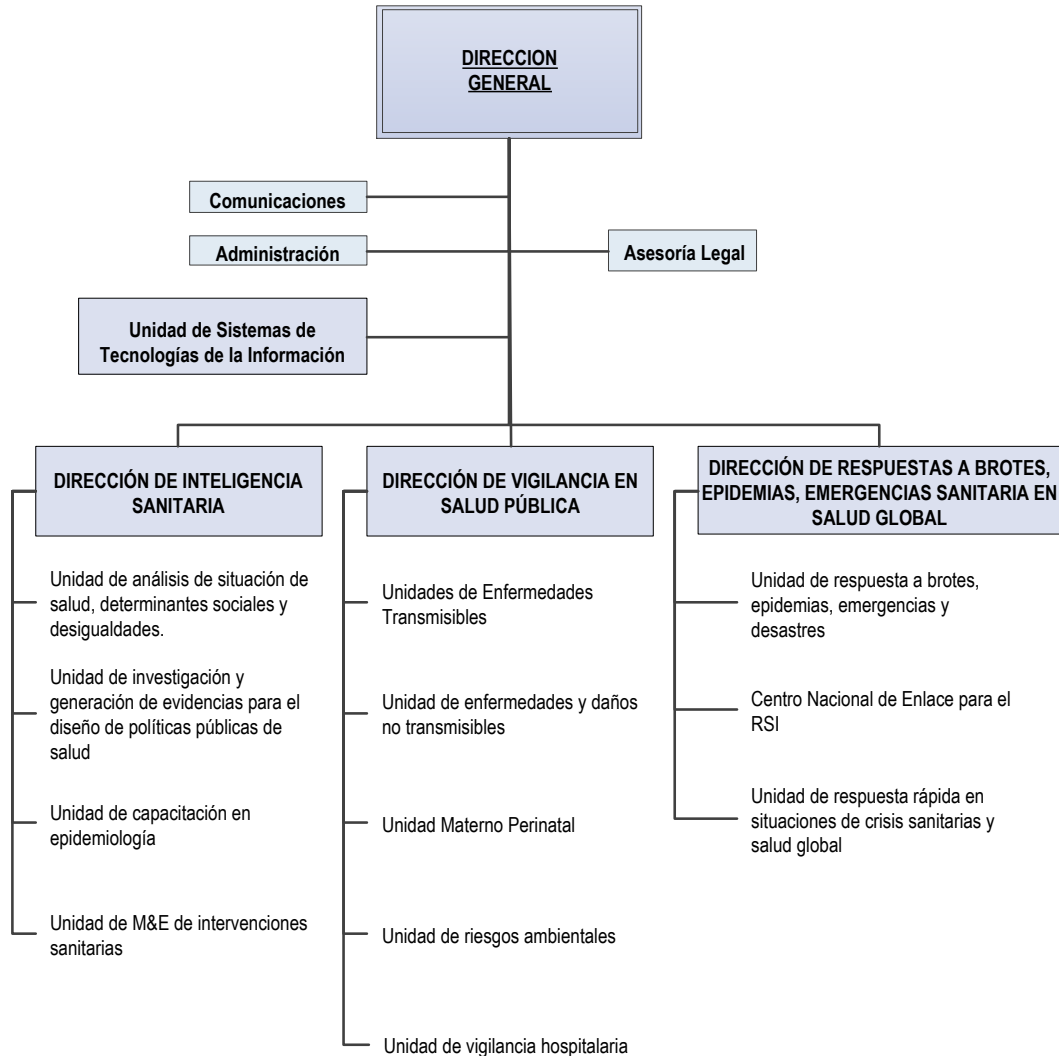
2. **Inteligencia:** Un elemento clave para la toma de decisiones es la información analizada oportuna y sistemáticamente. El CDC tendría una sala de situaciones que incluirá una central de recojo y almacenamiento de información formal e informal, sistemas de comunicaciones seguras, un espacio para la discusión y el análisis de los factores, riesgos y daños, y el centro de conducción de la respuesta frente a epidemias y desastres. Realizaría la consolidación y análisis de la información epidemiológica, entomológica, de laboratorio, ambiental y sobre determinantes sociales de la salud con la toma de decisiones oportunas, efectivas y eficientes.
3. **Intervención:** La detección de amenazas a la salud, sean estas: epidemias, accidentes, intoxicaciones o desastres, requiere de respuestas oportunas y organizadas para contener o mitigar los daños producidos. En esta línea se establecerían las unidades que planifiquen, organicen los equipos profesionales, los recursos logísticos y estén preparadas para responder directamente o en coordinación con otras áreas del Ministerio de Salud, inclusive con organismos de otros sectores como defensa nacional, orden interno, vivienda, agricultura y otros. Por otro lado, los problemas prioritarios que no ocasionen emergencias, pero requieran estrategias de intervención programables en el corto, mediano y largo plazo, como las enfermedades no transmisibles o la salud ambiental o laboral, estarían a cargo de las unidades especializadas.
4. **Laboratorio:** La confirmación de laboratorio resultaría esencial para garantizar la calidad de las intervenciones y proteger la salud pública. El CDC contaría con el manejo de los laboratorios de salud pública del nivel nacional y la red de laboratorios regionales de salud pública. La gestión operativa se mantendría en el Instituto Nacional de Salud, que es el órgano especializado para investigación y referencia nacional. Estos laboratorios tendrían un rol esencial antes, durante y después de un brote. Pero también serviría para alimentar de información al análisis prospectivo.

En el documento de la OPS se planteó (3) escenarios para definir la organización, así como la ubicación del CDC dentro de la estructura del Minsa, estos escenarios son los siguientes:

1. El CDC sería creado como un nuevo organismo público descentralizado con autonomía de gestión y presupuesto dependiente del Viceministerio de Salud Pública. En esta opción se incluirían total o parcialmente, pero con una estructura orgánica diferente, unidades técnicas relacionadas con las actuales estrategias sanitarias nacionales, epidemiología, promoción de la salud, planificación y respuesta a desastres y los laboratorios de salud pública.
2. Una segunda opción podría ser parecida a la anterior, pero sin la inclusión de la red de laboratorios de salud pública, los cuales responderían funcionalmente al CDC, pero seguirían teniendo la misma dependencia y administración.
3. Una tercera opción podría ser que el organismo descrito en la primera opción se convierta en uno de los centros dependiente del Instituto Nacional de Salud en cuyo caso los laboratorios de referencia de salud pública serían parte del CDC.

Ahora bien, en la actualidad, el Centro Nacional de Epidemiología cuenta con la siguiente estructura:

Imagen n.º 4: Organigrama CDC



Fuente: Página web del CDC (<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/institucional/organigrama/>)

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

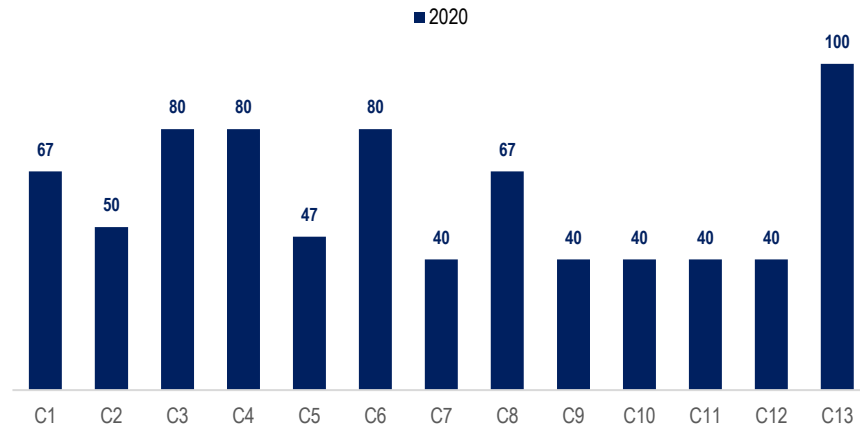
Cabe señalar que el CDC es dependiente del Viceministerio de Salud Pública, y que no cuenta con autonomía presupuestal; asimismo, tal como se muestra en su organigrama, cuenta con tres (3) direcciones.

Ahora bien, el acceso a un servicio de vigilancia, prevención y control de enfermedades y eventos que afectan la salud está estrechamente relacionado con las capacidades básicas mínimas establecidas en el RSI (2005); y el CDC es la unidad orgánica del Minsa responsable de elaborar e implementar en lo que corresponda, lineamiento, normas, proyectos y estrategias en materia de sanidad internacional, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005).

Ahora bien, tal como se señaló anteriormente, la implementación de las capacidades básicas establecidas en el RSI 2005 tiene un grado de avance medio, ya que en la

última autoevaluación correspondiente al año 2020, el Perú alcanzó un 59% como promedio de puntuación. En la siguiente imagen se muestran aquellas capacidades que no fueron fortalecidas y que jugaron un rol fundamental en la pandemia originada por la Covid-19:

Imagen n.º 5: Grado de Implementación de las Capacidades del RSI



Fuente: Informes anuales de autoevaluación de los Estados Parte sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional <https://extranet.who.int/e-spar>

Elaborado por: Comisión de Auditoría

Al respecto, las dos últimas autoevaluaciones realizadas para conocer el estado situacional de las capacidades básicas del Sistema de Salud, previstas en el Reglamento Sanitario Internacional, muestran aquellas capacidades que no fueron fortalecidas y que jugaron un rol fundamental en la pandemia originada por la Covid-19. En ese sentido, abordaremos el problema desde la actuación del Minsa como rector del Sector Salud; sin dejar de ser conscientes que la implementación requiere de la participación de otros sectores, como el relacionado con la sanidad animal y el medio ambiente.

III. PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

3.1 Objetivos de auditoría

El principal objetivo de esta auditoría es determinar la eficacia del gobierno del Perú para reforzar las capacidades básicas del sistema sanitario para pronosticar, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública a partir de las lecciones aprendidas de los recientes acontecimientos de salud pública.

3.2 Preguntas de auditoría

Para alcanzar el objetivo de la auditoría se han planteado tres preguntas, con las que se busca entender cómo el país ha tomado acción para mejorar las capacidades del Sistema Sanitario para pronosticar, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005); estas preguntas son las siguientes:

1. ¿Cómo está implementado el gobierno los marcos legales, de políticas y acuerdos institucionales para considerar a futuro las lecciones aprendidas durante la pandemia, para mejorar las capacidades para pronosticar, prevenir y prepararse para los riesgos en salud pública?
2. ¿Cómo garantiza el gobierno los recursos necesarios para fortalecer las capacidades de los sistemas de salud para pronosticar, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública?
3. ¿Cómo el gobierno monitorea, evalúa e informa periódicamente sobre sus capacidades actuales para pronosticar, prevenir y prepararse para enfrentar los riesgos de salud pública?

IV. ENFOQUE Y ALCANCE

4.1 Enfoque de auditoría

Las auditorías a la implementación de Objetivos de Desarrollo Sostenible promueven el enfoque integrado de gobierno, que pone énfasis en cómo se alinean y coordinan los esfuerzos de los ministerios y entidades para permitir respuestas integradas a las prioridades y necesidades nacionales que aborden el problema de la fragmentación en el sector público.

4.2 Alcance de auditoría

Las auditorías de implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, no se puede limitar el alcance a una sola Entidad o Programa, por lo que ha sido necesario enfocarse en primer lugar en aquellas capacidades establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional que tuvieron mayor relevancia en la pandemia ocasionada por la Covid-19, y en segundo lugar en cómo estas capacidades fueron abordadas por aquellas entidades que participan para mejorarlas.

Si consideramos que el enfoque One Health “Una Salud” busca fortalecer los vínculos entre la salud humana, el medio ambiente, la salud animal, la agricultura, con la finalidad de mejorar el control de las zoonosis, la lucha contra la resistencia a los antibióticos y la seguridad alimentaria; y que los datos actuales sugieren un origen zoonótico del Sars-Cov-2, se vio necesario delimitar el alcance en dos instituciones, por un lado el Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud y por otro lado el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego que tiene adscrita al Servicio Nacional de Sanidad Agraria del Perú, en adelante Senasa, que se encuentra a cargo la vigilancia epidemiológica, la emisión de reportes semanales y de consolidar la información para determinar la Situación Zoonosaria del País.

Si además consideramos que la última emergencia sanitaria en nuestro país fue a causa de la Covid-19, y se pretende conocer cómo se ha venido mejorando las capacidades del sistema sanitario para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de salud pública, es necesario abordar la presente auditoría desde el año 2019 hasta el año 2021.

V. METODOLOGÍA

5.1 Métodos de recopilación de información

La información se recopilará mediante la realización de requerimientos de información documental y entrevistas a los funcionarios y servidores de las principales entidades involucradas (Minsa, INS, PCM), así como, mediante la realización de preguntas dirigidas a una muestra seleccionada de Direcciones Regionales de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales a nivel nacional, a fin de llegar a conocer la operatividad de las disposiciones dadas por el ente rector en materia de salud.

5.2 Métodos de análisis de información

Si la información es de una fuente testimonial se procederá a transcribir y codificar, para luego extraer de ellas las citas más relevantes para la auditoría; y si la información es de una fuente documental se podrá tabular o realizar un análisis cronológico de las respuestas brindadas por los funcionarios. Por el contrario, si se cuenta con información de bases de datos o datos numéricos se podrá realizar un análisis estadístico o cuantitativo.

VI. CRITERIOS DE AUDITORÍA Y SUS FUENTES

Sobre la base de los datos y la información recopilados, así como, de las reuniones con los expertos competentes en materia de implementación del RSI, se ha logrado identificar, los siguientes criterios por cada pregunta a desarrollar:

➤ **Para responder la pregunta 1:**

Al respecto, es necesario precisar que, si bien el RSI es de obligatorio cumplimiento para todos los países miembros de la OMS, sin embargo, dicha obligatoriedad no tiene la suficiente difusión en las instancias encargadas de su implementación. Por ello, para evaluar la implementación del marco normativo, político e institucional para la implementación y mejora de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005) en el Perú, se ha identificado la necesidad de recurrir a un benchmarking normativo con la finalidad de revisar si a nivel regional se incluye el RSI (2005) en la normativa interna de cada país.

✓ **República de Costa Rica**

En este caso, se tiene el Decreto Ejecutivo para la Oficialización del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado mediante Decreto Ejecutivo 34038 de 14 de agosto de 2017, que establece en su artículo 1° se: “Oficialice para efectos de aplicación obligatoria en el territorio nacional el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) versión 2005, aprobado por los Estados Miembros de la OMS, en la 58° Asamblea Mundial celebrada el 23 de mayo del 2005, anexo al presente decreto.”

✓ **República de Chile**

Mediante Decreto 230 de 17 de septiembre de 2008 se promulga Reglamento Sanitario Internacional (2005)” que establece en su Artículo Único: “Promúlguese el Reglamento Sanitario Internacional, adoptado en la 58ª Asamblea de la OMS, en Ginebra, el 23 de mayo de 2005, mediante la Resolución WHA 58.3; cúmplase y publíquese en el Diario Oficial copia autorizada del Reglamento”

✓ **República de Colombia**

Sobre el particular, es oportuno mencionar que cuentan con “Plan de Acción para la Comisión Nacional Intersectorial para la Red Nacional de Laboratorios 2012 - 2015” el cual fue estructurado y aprobado por la Comisión Nacional Intersectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, y donde se refleja el interés y la voluntad de los diferentes sectores del Estado que la integran para dar respuesta a los nuevos retos relacionados con la salud pública, tales como: amenazas químicas, nucleares, pandemias. En el contenido de mencionado Plan, se toma como referencia al RSI (2005).

Asimismo, se recurrirá al documento denominado “Mayor colaboración, mejor salud: Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos” (OMS 2019), para determinar las necesidades de mayor articulación horizontal y vertical para mejorar el sistema de salud, establecido en su numeral “3.5 Determinantes de la Salud” donde se plantea como desafío el aumentar la sinergia y el impacto a través de la coordinación, al señalar que:

“Aumentar la sinergia y el impacto a través de la coordinación: Un desafío clave es que las políticas, las reglamentaciones y las acciones relacionadas con los determinantes de la salud suelen estar compartimentadas o aisladas en sectores, y las instituciones no prestan suficiente atención a las interacciones, contradicciones y conexiones entre ellas. Es necesario mejorar la coherencia, la

sinergia y la calibración de las intervenciones para abordar los determinantes. Los ODS requieren esfuerzos multisectoriales e integrados sin precedentes, y el Plan de acción mundial ofrece una oportunidad para aumentar la coherencia y la sinergia a la hora de abordar los determinantes de la salud a modo de «hilo conductor» que conecta múltiples ODS. (OMS, 2019, p.68)”

En el mismo sentido, se empleará el enfoque intercultural establecido en la “Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, un país saludable”, donde se señala que: “Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la Región han generado la necesidad de establecer nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil, que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables y tradicionalmente excluidas, mejorando la gestión pública para garantizar el ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, lo que incluye una mayor igualdad en el acceso a la salud.”

➤ **Para responder la pregunta 2:**

Dada la obligatoriedad de los países miembros de la OMS de implementar sus disposiciones, se ha considerado como criterio el Reglamento Sanitario Internacional (2005) que en su numeral 5, insta a los Estados miembros para que: “1) (...) creen, refuercen y mantengan las capacidades prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y movilicen los recursos necesarios a tal efecto. Además, el literal “A. Capacidad Básica necesaria para las tareas de Vigilancia y Respuesta” del anexo 1 del citado reglamento establece que:

- “1. Los Estados Parte utilizarán las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos de capacidad básica que establece el Reglamento (...).
2. Cada Estado Parte evaluará, dentro de un plazo de dos años contados a partir de la entrada en vigor del presente Reglamento para esa Parte, la capacidad de las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos mínimos descritos en el presente anexo (...)

➤ **Para responder la pregunta 3:**

A fin de identificar si se evalúan periódicamente las capacidades del sistema de salud se empleará el acta “WHA74.7” de la “74.ª Asamblea Mundial de la Salud” donde en su numeral 7 del punto 17.3 del orden del día sobre “Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias”¹⁷, se insta a los Estados miembros a fortalecer sus capacidades básicas de salud pública y su fuerza de trabajo para la vigilancia basada en indicadores y alertas tempranas, partiendo de la vigilancia de enfermedades específicas, la vigilancia sindrómica, la vigilancia basada en eventos de comportamientos relacionados con la salud, los datos de vigilancia relacionados con la salud animal y ambiental que propician la detección de eventos de salud pública que requieren evaluación rápida, notificación y respuesta de salud pública, a fin de garantizar que todos los eventos pertinentes se detecten y controlen rápidamente.

¹⁷ Véase acta “WHA74.7” de 31 de mayo de 2021

VII. RESULTADOS

7.1 Respecto a los marcos legales y políticos para mejorar las capacidades del sistema de salud para prever, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública.

Sobre el concepto de salud pública y de riesgos de salud pública

Con respecto a la salud pública podemos definirla como “Un campo multidisciplinario, que desarrolla sus acciones con la participación activa de la sociedad; asimismo, busca -en el ámbito local, nacional o global- promover la salud, prevenir riesgos, enfermedades y discapacidades” (Gozzer E., 2022, p 77)

Además, es relevante señalar que la finalidad del Reglamento Sanitario Internacional es “*prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos de salud pública*”.

Ahora bien, una vez definido y entendido el concepto de salud pública debemos hacer lo mismo con el concepto de riesgos para la salud pública. para ello, el RSI (2005) lo define como “*la probabilidad de que se produzca un evento que pueda afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo*”.

Asimismo, nos remitiremos al documento “Evaluación rápida de riesgos de eventos agudos de salud pública”, elaborado por la OMS, que define el “riesgo agudo para la salud pública” como el riesgo de un evento agudo con consecuencias negativas para la salud pública. Por ello, es oportuno señalar que, a nivel nacional una de las principales causas directas al problema público en materia de salud, son las “inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población”¹⁸ la cual está identificada en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

Sobre la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030

De la revisión de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030¹⁹, se observa una situación futura deseada, la cual consiste en la situación más favorable y factible a ser alcanzada al 2030. Tal es así que, una de ellas es la siguiente:

También como consecuencia del aprendizaje de la pandemia por COVID-19 del año 2020, el sistema de salud del país cuenta **con planes y desarrolla acciones constantes de gestión de la prevención, vigilancia y mitigación de riesgos, y preparación ante la ocurrencia de emergencias y desastres** que articula la acción intersectorial, intergubernamental y con las organizaciones de sociedad civil. El Perú es reconocido por el desarrollo y la fortaleza de su sistema de gestión de riesgos ante emergencias y desastres; y cuenta con los recursos materiales y humanos que permiten sostener la respuesta sanitaria ante cualquiera de estos eventos. (Minsa, 2020, pág. 137)

¹⁸ Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”

¹⁹ Aprobado mediante Decreto Supremo n.° 026-2020-SA de 24 de agosto de 2020

Al respecto, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, establece las acciones que deberá realizar el sistema de salud ante posibles riesgos debido a emergencias y desastres; sin embargo, tanto el Reglamento Sanitario Internacional (2005), como la “Evaluación rápida de riesgos de eventos agudos de salud pública” se enfocan en los riesgos para la Salud Pública, por lo cual, podemos señalar que la citada política aborda el concepto de riesgo desde un enfoque de riesgo de desastres.

Sobre la Política Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres

De otro lado, la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (Digerd), encargada de desarrollar los componentes, procesos y subprocesos de la Política Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres en el Minsa señaló que, según el ROF del Minsa, la Digerd coordina la atención de las emergencias sanitarias, así como la prevención y control de riesgos de desastres.

En ese sentido, el Minsa ha señalado que la Digerd cuenta con dos campos de acción, siendo el segundo el referido al manejo de emergencias y desastres que alteran la salud de la población y la capacidad de oferta de los servicios de salud. En ese sentido, la gestión se orienta a las actividades de carácter preventivo y de mitigación, de respuesta o de recuperación de las condiciones normales; antes, durante y después de la emergencia, desde la perspectiva de salud.

Asimismo, el ROF del Minsa establece que el CDC tiene entre sus funciones: Determinar los riesgos de daños a la salud de las personas frente a brotes, epidemias, emergencias sanitarias y eventos de importancia para la salud pública nacional. Por ello, el CDC fue el órgano del Minsa que se encargó de la elaboración de los escenarios de riesgos, que sirvieron de base para elaborar los diferentes planes frente a la pandemia por Covid-19.

Sobre los marcos políticos y legales en Perú en el marco del RSI (2005)

Ahora bien, para poder abordar el aspecto propuesto sobre los “marcos políticos y legales” de manera integral, fue necesario conocer si el Minsa ha evaluado su desempeño o identificado mejoras de sus marcos legales y políticos para hacer frente a futuros eventos de salud pública. Además, fue importante conocer si se estableció algún mecanismo que recopile y analice información sobre los aciertos y desaciertos de las acciones tomadas por el Rector del Sistema de Salud para hacer frente a la pandemia ocasionada por la Covid-19. Para ello, se consultó al Viceministerio de Salud Pública, quien a la fecha no ha señalado algún mecanismo formal que le permita al Ministerio de Salud conocer sus oportunidades de mejora.

A diferencia de nuestro país, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia invita a Instituciones de Educación Superior, Institutos de investigación públicos o privados, entre otros, para que presenten “(...) *propuestas que recopilen información robusta sobre los aciertos y desaciertos de las acciones tomadas por el sector salud para enfrentar la pandemia del COVID-19* (...)”²⁰. Con esta iniciativa, Colombia busca estudiar la respuesta frente a la pandemia desde cinco componentes: anticipación, planificación, preparación, entrenamiento y comunicación.

²⁰ Invitación realizada a través de su página web: https://minciencias.gov.co/sala_de_prensa/lecciones-aprendidas-del-covid-19-invitation-participar

Sobre la Resiliencia a la Covid-19 en Latinoamérica

Es oportuno señalar que, de la revisión de la página web de Bloomberg, se pudo conocer que Colombia alcanzó el mejor puntaje de resiliencia a la Covid-19 a nivel de América Latina, alcanzando un 76.7%, posicionándolo en el puesto doce (12) de un total de 53 países analizados. Asimismo, es de precisar que esta puntuación es un promedio de los puntajes de los 11 indicadores (ver Anexos n.º 2 y 3)

Tabla n.º 1: Ranking de Resiliencia al Covid

| RANKING | ECONOMÍA | PUNTAJE DE RESILIENCIA AL COVID DE BLOOMBERG |
|---------|------------------------|--|
| 1 | Corea del Sur | 80.9 |
| 2 | Emiratos Árabes Unidos | 80.7 |
| 3 | Irlanda | 80.5 |
| 4 | Noruega | 80.1 |
| 5 | Arabia Saudita | 79.8 |
| 6 | Dinamarca | 79 |
| 7 | Canadá | 78.8 |
| 8 | Países Bajos | 78.6 |
| 9 | Australia | 78.1 |
| 10 | Turquía | 77.3 |
| 11 | Suiza | 77.2 |
| 12 | Colombia | 76.7 |
| 13 | Chile | 76 |
| 14 | Singapur | 75.6 |
| 15 | Bélgica | 75.2 |

Nota: Datos al 23 de nov. 2 pm hora de Hong Kong.

Fuente: <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/spanish.html>

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

Por lo señalado, se evidencia que la República de Colombia presentó un mejor desempeño con relación a los países de Latinoamérica ante un evento del nivel de Pandemia, como la producida por la Covid-19; es así que la presente comisión auditora analiza las acciones realizadas por Colombia respecto a su Sistema de Salud, para identificar espacios de mejora en el Sistema de Salud Peruano.

Sobre las acciones realizadas en Colombia en el marco del RSI (2005)

En ese sentido, podemos señalar que mediante el Decreto 2518 de 2006, la República de Colombia creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, "Sivigila", para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecta o puedan afectar la salud de la población con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, estableciendo que las acciones del Sivigila tendrán el carácter de prioritarias²¹ en salud pública²².

En el mencionado instrumento normativo, el Ministerio de la Protección Social estableció mecanismos para la integración y operación del Sivigila, entre ellos, el apoyo intersectorial entre las entidades y organizaciones de otros sectores del orden nacional y territorial, cuyas actividades influyan directa o indirectamente en la salud de la población, para cooperar con el Sivigila, creándose la Comisión Nacional

²¹ Además, estableció que los responsables de la implementación y desarrollo del Sivigila está a cargo del Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos. (Artículo 1 y 2 del Decreto Numero 3518 de 2006)

²² Artículo 6 del Decreto Numero 3518 de 2006

Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública²³. De ello, se definió que los departamentos, distritos y municipios crearán Comités de Vigilancia en Salud Pública en sus respectivas jurisdicciones, los cuales estarán integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia²⁴.

Por lo expuesto, la República de Colombia desde el año 2006 ha logrado establecer la obligatoriedad de la provisión sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecta o puedan afectar la salud de su población con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, tanto por parte de las instituciones e integrantes de su Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como, de instituciones dentro y fuera del sector, estableciendo mecanismos de articulación intersectorial, definiendo a las responsables de dicho proceso, y creando la Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública.

Sobre la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Plan Decenal en Colombia

La República de Colombia, con la finalidad de fortalecer su Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública²⁵, en donde se definirían los objetivos, metas, acciones, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación (Ver Anexo n.º 4); para ello estableció la coordinación intersectorial²⁶ en el marco de la estrategia de atención primaria, entre las instancias del Sistema de Protección Social y otros actores, creándose además una Comisión Intersectorial de Salud Pública²⁷.

De la revisión a las Actas de las Sesiones de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de la República de Colombia (Ver Anexo n.º 5) se evidencia el interés de fortalecer acciones intersectoriales para disminuir las brechas, además de ello, su Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios insistió en la importancia de seguir participando y fortaleciendo la acción intersectorial, para mantener los logros alcanzados

De lo expuesto, la República de Colombia abordó el Reglamento Sanitario Internacional desde un marco normativo aprobado por Ley y como parte de un instrumento de planificación más amplio, ya que desde su Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 ha fomentado la participación intersectorial e intergubernamental en su implementación.

²³ Artículo 35 del Decreto Numero 3518 de 2006. Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública. Créase la Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública, como instancia asesora del Ministerio de la Protección Social, la cual estará integrada por:

- a) El Ministro de la Protección Social o su delegado, quien la presidirá;
- b) El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural, o su delegado;
- c) El Ministro de Comercio, Industria y Turismo, o su delegado;
- d) El Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, o su delegado;
- e) El Ministro de Transporte, o su delegado;
- f) El Director del Departamento Nacional de Planeación, DNP, o su delegado;
- g) El Director del Sistema de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia, o su delegado;
- h) Un representante de las Facultades de Ciencias de la Salud del país, elegido por el Ministerio de la Protección Social de terna presentada por las Universidades Públicas.

²⁴ Artículo 37 del Decreto Numero 3518 de 2006

²⁵ Artículo 6° de la Ley n.º 1438 de 19 de enero de 2011 – República de Colombia

²⁶ Artículo 3° Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley n.º 1438 de 19 de enero de 2011 – República de Colombia

Intersectorialidad: Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan las determinantes y el estado de salud de la población.

²⁷ Artículo 7° de la Ley n.º 1438 de 19 de enero de 2011 – República de Colombia

Sobre la legislación en el marco implementación del RSI (2005) en Perú

Por su parte, el CDC ha señalado²⁸ que no cuenta con documentación que expresamente promueva y regule la implementación del RSI (2005) a nivel nacional, no obstante ello, ha tomado la iniciativa de realizar un mapeo de la legislación del sector salud mediante consultorías, esperando que los otros sectores realicen también la revisión de sus marcos normativos, lo cual constituye un primer paso para contar con un marco jurídico alineado en los sectores pertinentes para apoyar y facilitar la aplicación efectiva y eficaz de todas las obligaciones y derechos que les corresponden en virtud del RSI (2005).

Asimismo, respecto a la implementación de los marcos jurídicos, políticos y acuerdos institucionales para mejorar las capacidades básicas mínimas establecidas en el RSI, los funcionarios del CDC han señalado que “(...) en realidad no hemos visto documentos que expresamente señalen la regulación del RSI (...)”, sin embargo, a pesar que consideran que el Perú, como país conformante de la OPS y de la OMS, no necesitaría un marco específico que regule la implementación del RSI a nivel nacional, también han señalado que tienen la iniciativa de “(...) comenzar a ver todo el tema legal (...)”, para establecer un marco regulatorio específico, como existe en otros países, una vez que se reactive la comisión multisectorial²⁹.

Es pertinente señalar aquellas acciones realizadas por nuestro país para implementar el RSI (2005); es así que, mediante Resolución Suprema n.° 025-2013-SA de 20 de junio de 2013 se creó la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal encargada de elaborar y proponer el Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el País, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005); en la citada resolución se indicó que:

“La adopción y puesta en marcha del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en nuestro país requiere del fortalecimiento del Ministerio de Salud para establecer, en colaboración con otras instituciones del sector y otros sectores, la capacidad institucional de elaborar planes conjuntos, reglamentar y administrar las actividades para prevenir y controlar emergencias de salud pública; comunicar, coordinar y colaborar mediante la estructura y el funcionamiento de las redes de comunicación y de los mecanismos de coordinación multisectorial.”

Sobre el Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas y la creación de la Comisión Multisectorial Permanente, en el marco implementación del RSI (2005) en Perú

Posteriormente en junio de 2014, mediante Decreto Supremo n.° 011-2014-SA, se aprobó el Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del RSI (2005) y se creó la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente con la finalidad de dar seguimiento y elaborar propuestas e informes técnicos en relación al plan y con las acciones para el mantenimiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI.

²⁸ Entrevista N° 009-2022-CG de 14 de julio de 2022

²⁹ Se hace referencia a la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente para el seguimiento del “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)”

El citado Plan tenía por finalidad permitir que los diferentes sectores contribuyan a la seguridad sanitaria y a la salud pública del país, coordinen y permitan la prevención, control y mitigación de problemas de salud pública con potencialidad de representar una amenaza a nivel nacional y global.

La citada Comisión Multisectorial se conformó con un representante de las siguientes entidades:

- ✓ Presidencia del Consejo de Ministros, quien la preside
- ✓ Ministerio de Salud
- ✓ Ministerio de Defensa
- ✓ Ministerio del Ambiente
- ✓ Ministerio de la Producción
- ✓ Ministerio del Interior
- ✓ Ministerio de Agricultura y Riego
- ✓ Ministerio de Comercio Exterior y Turismo
- ✓ Ministerio de Relaciones Exteriores
- ✓ Ministerio de Transportes y Comunicaciones
- ✓ Ministerio Público
- ✓ Autoridad Portuaria Nacional
- ✓ Instituto Nacional de Defensa Civil
- ✓ Instituto Peruano de Energía Nuclear

Más adelante, mediante Resolución n.° 268-2014-PCM de 14 de noviembre de 2014 se resolvió aprobar el Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente para el seguimiento del “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)”, estableciéndose las responsabilidades y funcionamiento de la Comisión; asimismo, se designó a la Dirección General de Epidemiología del Minsa como Secretaría Técnica de la Comisión.

Además, se señaló que, las sesiones ordinarias de la Comisión se realizarían una vez al mes, siendo la Secretaría Técnica la que fija el lugar y horario para la realización de las sesiones, en coordinación con la Presidencia y los representantes miembros.

El citado reglamento estableció las siguientes funciones para la Comisión:

- Efectuar el seguimiento de la implementación del “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)” debiendo emitir semestralmente propuestas e informes técnicos.
- Efectuar el seguimiento de las acciones para el mantenimiento de las capacidades básicas establecidas en el (2005) en el ámbito local, regional y nacional, debiendo emitir anualmente propuestas e informes técnicos.

En ese sentido, con la finalidad de conocer el trabajo realizado por la Comisión Multisectorial, se solicitó al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (ex Dirección General de Epidemiología del Minsa), las actas e

informes producidos por la citada Comisión; por lo que procedieron a remitir las actas de los años 2014, 2015, 2016 y 2018; así como cinco (5) informes.

Es oportuno mencionar que, en sus inicios la Comisión Multisectorial estuvo presidida por la Presidencia del Consejo de Ministros, en adelante PCM, pero a partir del 13 de febrero de 2017, fecha en la que se aprueba³⁰ el cambio de dependencia, pasa a ser presidida por el Minsa. La exposición de motivos del instrumento normativo que aprobó el cambio señalaba lo siguiente:

“Al respecto, los artículos 3 y 4 del Decreto Legislativo n.° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que este ministerio es rector del sector salud y competente en materias de salud de las personas, aseguramiento en salud, epidemias y emergencias sanitarias, salud ambiental e inocuidad alimentaria, inteligencia sanitaria, entre otras y, responsable de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.”

Es así que la PCM, en virtud de los principios de especialidad y eficiencia, consideró que el cambio de dependencia de la Comisión se justificaba; sin embargo, no consideraron que, tal como se señaló en el año 2014, una de las circunstancias excepcionales que contribuyeron a no desarrollar plenamente las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005) fue que dichas capacidades fueron desarrolladas principalmente por el Minsa, convirtiéndose en una limitante debido a que la implementación requiere del desarrollo de capacidades de diferentes instituciones y sectores.

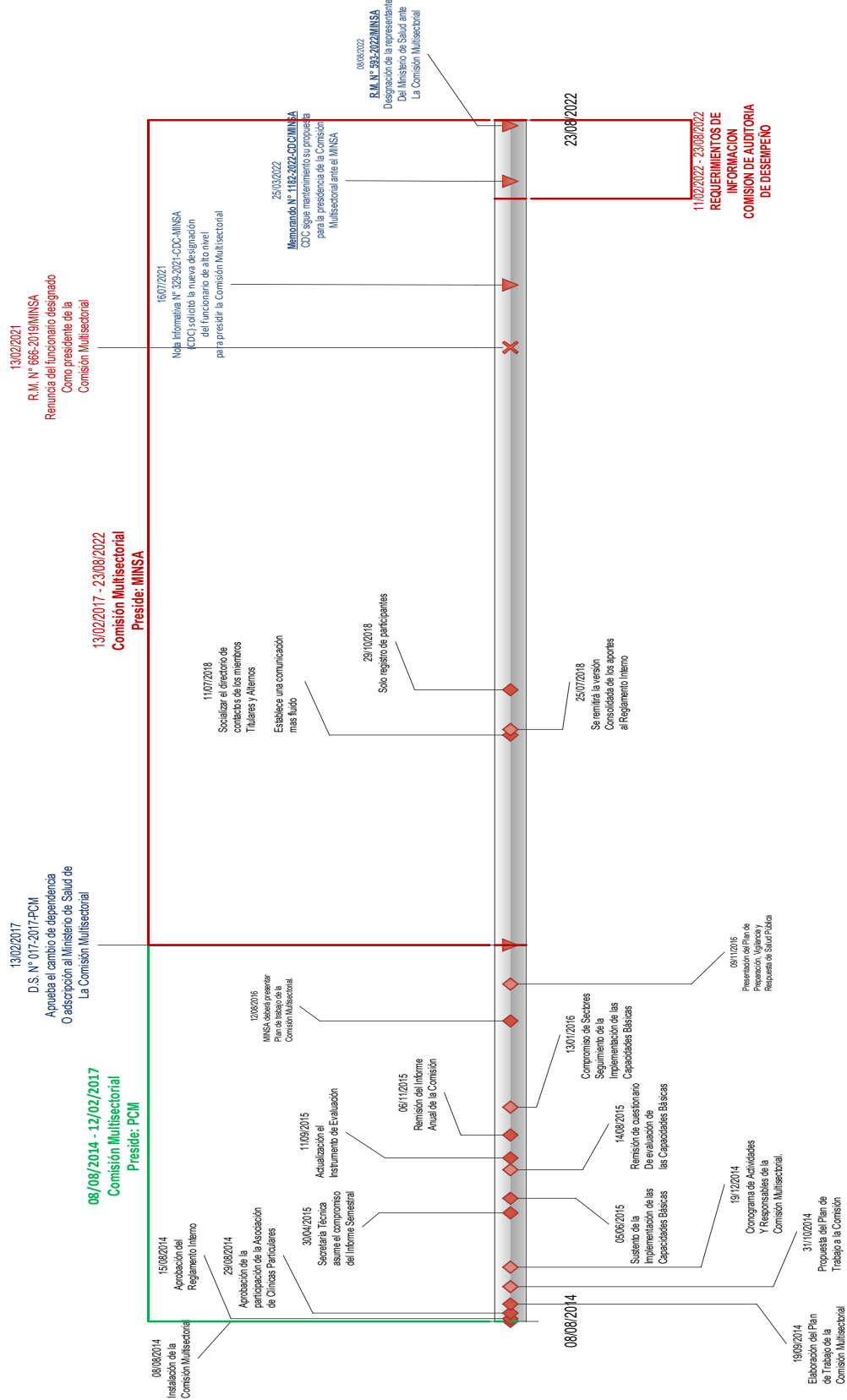
Luego de un (1) año y siete (7) meses del cambio de dependencia, el Minsa volvió a reunir a la Comisión Multisectorial³¹ donde aprobó tres actas durante el 2018 y hasta el primer semestre de 2022 no ha logrado realizar otra reunión de la Comisión, lo que evidencia que el Rector del Sector Salud no continuó con el trabajo de promover las coordinaciones multisectoriales en el interior de la citada Comisión desde el 2018.

Con base en la información remitida por el Minsa, y del análisis realizado por la comisión auditora a las actas de la comisión (Ver Anexo n.° 6), se procedió a elaborar la línea de tiempo de las reuniones de la Comisión Multisectorial, la misma que se presenta en la siguiente imagen:

³⁰ Mediante Decreto Supremo n.° 017-2017-PCM

³¹ Desde el cambio de dependencia de la Comisión en 2017 hasta que se retomen las reuniones en julio de 2018, han pasado por el Ministerio de Salud un total de cuatro (4) ministros de Salud

Imagen n.º 6: Línea de tiempo – Actas de la Comisión Multisectorial RSI



Sobre la designación del representante para la presidencia de la Comisión Multisectorial en el marco implementación del RSI (2005) en Perú

Tal como se puede identificar en la imagen precedente, en el año 2019 se aceptó la renuncia del funcionario designado como presidente de la Comisión Multisectorial³², quedando concluidas sus funciones de presidente, por lo que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) solicitó la nueva designación de un funcionario³³ de alto nivel para presidir la Comisión Multisectorial, lo que reiteró a fines del 2021, a fin de reinstalar y retomar el trabajo en la implementación de la Capacidades Básicas del país en materia de salud pública. Es necesario señalar que se remitieron diversos documentos³⁴ entre el Ministerio de Salud y el CDC, debido a la evaluación que se realizó a la propuesta sobre la designación del representante que asumiría la presidencia de la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente.

Finalmente, el 8 de agosto del 2022, luego de más de un (1) año de haberse solicitado la designación de una persona para que asuma la presidencia de la comisión, se designó³⁵ al representante del Minsa, evidenciándose de esta manera, la falta de prioridad que se le dio a la citada Comisión Multisectorial.

Ahora bien, considerando que la implementación del Reglamento Sanitario Internacional requiere del esfuerzo de diferentes entidades públicas, y que la Comisión Multisectorial es el espacio de coordinación y articulación necesarias para lograr el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), es evidente que una de las causas que no permitieron alinear los marcos normativos y de políticas de los diferentes sectores involucrados en la implementación fue la falta de continuidad de las acciones realizadas por la citada comisión multisectorial; ligadas, en primer lugar, al cambio de dependencia de la Comisión, y en segundo lugar el tiempo transcurrido para la designación de un funcionario de alto nivel para presidirla.

En ese sentido, el CDC al desempeñar la secretaría técnica de la Comisión Multisectorial y al ser el principal promotor de la implementación del RSI (2005) consideró importante, que la Comisión Multisectorial retome sus reuniones, fortalezca su coordinación y articulación y alcance acuerdos en materia de alineamiento normativo y de políticas en el marco de la implementación del RSI (2005)³⁶.

Cabe señalar, que la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, presenta mecanismos para alinear las políticas del Estado, así como el Plan Estratégico de

³² Mediante Resolución Ministerial N° 666-2019/MINSA de 13 de febrero de 2021

³³ Nota Informativa N° 329-2021-CDC-MINSA de 16 de julio de 2021

³⁴ Relación de documentos emitidos

Nota informativa N° 0701-2021-CDC-MINSA de 7 de diciembre de 2021

Memorándum N° 871-2021-DVMSP/MINSA de 14 de diciembre de 2021

Memorándum N° 004-2022-OGAJ/MINSA de 5 de enero de 2022

Memorando N° 0325-2022-CDC/MINSA de 3 de febrero de 2022

Nota informativa N° 140-2022-OGAJ/MINSA de 7 de febrero de 2022

Memorándum N° 221-2022-OGAJ/MINSA de 14 de febrero de 2022

Memorando N° 0532-2022-CDC/MINSA de 22 de febrero de 2022

Memorando N° 0533-2022-CDC/MINSA de 22 de febrero de 2022

Memorándum N° 274-2022-OGAJ/MINSA de 28 de febrero de 2022

Memorando N° 618-2022-CDC/MINSA de 7 de marzo de 2022

Informe N° 264-2022-OGAJ/MINSA de 9 de marzo de 2022

Memorando N° 834-2022-CDC/MINSA de 25 de marzo de 2022

Informe N° 406-2022-OGAJ/MINSA de 13 de abril de 2022

³⁵ Resolución Ministerial N° 593-2022-MINSA

³⁶ Entrevista N° 009-2022-CG de 14 de julio de 2022

Desarrollo Nacional a un nivel vertical y horizontal. De ello, es oportuno señalar que estos mecanismos toman relevancia debido a que son espacios de política que interactúan de forma horizontal cuando se utiliza para alcanzar los objetivos afectando el logro de los objetivos de otro espacio de política, y de otro lado, cuando la interacción es vertical, los espacios de política de un ámbito de gobierno se encuentran afectando a otro ámbito (Cejudo y Michel, 2016).

7.2 Respecto a las disposiciones institucionales para la coherencia vertical y horizontal eficaz que promueva un enfoque integrado para mejorar las capacidades de los sistemas de salud

Sobre los conceptos de coherencia horizontal y vertical

En primer lugar, es importante definir los conceptos de coherencia vertical y horizontal. En ese sentido, se empleará el Modelo de Auditoría de ODS de la Iniciativa de Desarrollo de la INTOSAI el cual señala, respecto a la coherencia horizontal que:

“La coherencia horizontal se refiere a un enfoque integrado y equilibrado para lograr una meta específica de desarrollo sostenible, un enfoque que rompa con silos sectoriales de desarrollo tradicional y promueva cooperación e integración. La coherencia horizontal tiene en cuenta las interdependencias entre dimensiones y sectores, gestiona compensaciones y prioridades entre políticas contrapuestas, además de maximizar sinergias entre políticas de apoyo mutuo.”

Asimismo, respecto a la coherencia vertical señala que:

“(…) hace referencia a un enfoque coherente en todos los niveles gubernamentales para asegurar que el proceso de implementación refleje consideraciones locales, nacionales y globales.”

Sobre la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y los ODS al 2030

Por lo que, la coherencia horizontal y vertical se encuentra relacionada con los planes y a las políticas públicas, por lo que debemos partir por la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, aprobada en agosto de 2020, siendo esta la primera iniciativa multisectorial en materia de salud.

Al respecto, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 se corresponde con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, en especial con el ODS 3 “Salud y Bienestar” que reconoce que “la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible”. Asimismo, una de las metas de dicho ODS es la meta 3.d.1 “Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y preparación para emergencias de salud”; no obstante, de la revisión de la citada política se pudo evidenciar que no se cuenta con una acción específica que promueva taxativamente el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas RSI (2005).

Sobre el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021

Asimismo, se revisó el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Minsa, en adelante (Pesem), que comprende una síntesis del análisis prospectivo del sector, los objetivos y acciones estratégicas, sus indicadores y metas, así como la Visión Sectorial. En ese contexto, se pudo observar que, como parte de la síntesis de la fase prospectiva se realizó un análisis de riesgos y oportunidades, considerando el escenario exploratorio II, referido a epidemias; señalando, entre otros, los siguientes riesgos y oportunidades:

➤ **Riesgos:**

- Falta de conocimiento científico sobre la forma de afrontar la pandemia.
- Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.

➤ **Oportunidades:**

- Fortalecimiento de programas educativos.
- Fortalecimiento de la participación social.
- Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica.

Además, como parte de la revisión del Pesem 2016-2021, se aprecia que el objetivo estratégico “Mejorar la salud de la población” estableció como acción estratégica “Controlar las enfermedades transmisibles”³⁷, haciendo referencia a enfermedades como: la tuberculosis, enfermedades metaxénicas y zoonosis; afirmando que, estas dos últimas se caracterizan por causar brotes o epidemias, pudiendo hacer colapsar los servicios de salud. También, se señaló que a pesar de los avances alcanzados; se deben redoblar los esfuerzos y lograr la acción multisectorial para superar los determinantes sociales del daño.

Aunado a ello, los programas presupuestales TBC-VIH y de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis contribuyen para la superación de los dichos determinantes. Asimismo, en el precitado documento se plantean realizar acciones frente a las enfermedades transmisibles a través del fortalecimiento de la cobertura de vacunación, el tratamiento adecuado y oportuno para el control de Tuberculosis del VIH-SIDA, y de la extensión de la implementación de intervenciones efectivas para la reducción de enfermedades metaxénicas.

En ese sentido, de la revisión de la Matriz de objetivos y Acciones Estratégicas del Pesem 2016-2021 del Minsa se identificó que se señalaron dos indicadores para cumplir con la acción estratégica “Controlar las enfermedades transmisibles”, las que se describen a continuación:

- Tasa de incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (ESNTB).
- Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 000 personas).

Por lo expuesto, podemos señalar que el PESEM 2016-2021 del Minsa aborda aspectos relacionados con el control de enfermedades transmisibles, más no desarrolló ninguna acción específica para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005).

³⁷ Según el PESEM 2016-2021 del Minsa, las enfermedades transmisibles incluyen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), la tuberculosis, VIH/SIDA, hepatitis B, Metaxénicas endémicas (Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmaniosis, enfermedad de Chagas, Fiebre Amarilla) y Zoonosis endémicas (Rabia urbana y silvestre, Brucela, Peste, Carbunco, Leptospirosis, Equinocosis quística, Fasciola, Cisticercosis y accidentes por animales ponzoñosos).

Imagen n.º 7: Fases de revisión y análisis la Política Nacional, PESEM y PEI's

Fuente: Portal de Transparencia del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales

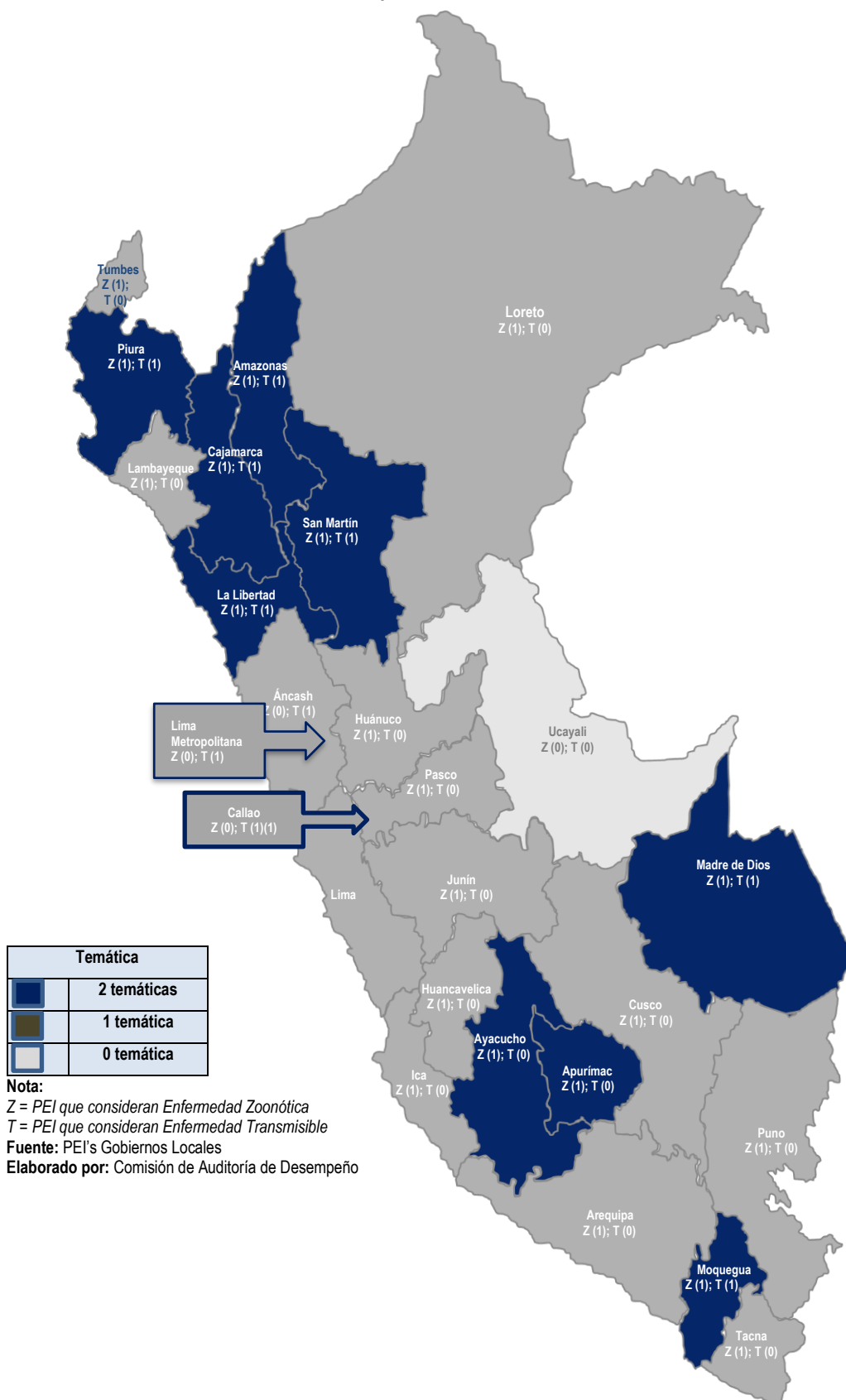
Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

Sobre los Planes Estratégicos Institucionales a nivel Nacional

Ahora bien, considerando que la implementación del RSI (2005) no fue abordada en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, ni en el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Minsa, fue necesario revisar los Planes Estratégicos Institucionales de las diferentes regiones del Perú (Ver Anexo n.º 7), por lo que luego de revisar 39 planes de los 25 gobiernos regionales, en el periodo comprendido entre el año 2017 al 2025, se puede señalar que dichos planes cuentan con acciones relacionadas con la prevención y atención de enfermedades transmisibles; así como de enfermedades metaxénicas y zoonóticas.

En relación con los Objetivos Estratégicos Institucionales de los precitados planes, se identificó que 7 (28%) regiones consideraron acciones relacionadas a las enfermedades transmisibles, metaxénicas y zoonóticas, mientras que 17 (68%) regiones incluyeron acciones relacionadas con una de las enfermedades expuestas; siendo solo una región la que no incluyó ninguna acción vinculada a las citadas enfermedades, como se aprecia en la imagen siguiente:

Imagen n.º 8: Mapa de los PEI's
PEI's que consideran enfermedades transmisibles y/o enfermedades zoonóticas
a nivel departamental



Sobre la coordinación horizontal y vertical en la legislación dentro del marco del RSI (2005) en Perú

Por lo expuesto podemos concluir que, ni la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, ni el Pesem 2016-2021 del Minsa, ni los Planes Estratégicos Institucionales de las regiones incluyeron en su planeamiento acciones específicas para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), por lo que no podríamos hablar de coherencia horizontal ni vertical si no se ha establecido en primer lugar, a nivel de planeamiento estratégico, las acciones que busquen cerrar las brechas en relación a las capacidades básicas del RSI (2005).

De la misma forma que identificamos aspectos de mejora del marco normativo al describir lo desarrollado por la Republica de Colombia en la implementación del RSI (2005), también describiremos aquellas buenas prácticas en el caso colombiano; con relación a la coherencia horizontal y vertical que promuevan un enfoque integrado para mejorar las capacidades de los sistemas de salud para prever, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública.

En ese sentido, comenzaremos describiendo que, en el caso de Colombia, su Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluyó como uno de sus objetivos el “Mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005”, estableciendo como meta que todas las entidades del orden nacional, departamento y municipal estén involucrados en la aplicación del RSI (2005) con las capacidades básicas de vigilancia y respuesta establecidas en el mismo.

Asimismo, con la finalidad de lograr el objetivo planteado propusieron como estrategia la “gestión Intersectorial” para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta nacionales, departamentales y municipales en el contexto del RSI (2005)

Cabe señalar que el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social de Colombia³⁸, en su artículo 2.8.8.1.3.4 que establece:

“Las entidades y organizaciones de otros sectores del orden nacional y territorial, cuyas actividades influyan directa o indirectamente en la salud de la población, cooperarán con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en los términos establecidos en los modelos de vigilancia y de conformidad con los lineamientos del presente Capítulo, sin perjuicio de sus competencias sobre las materias tratadas.”

En el caso peruano, no se cuenta con acciones específicas a nivel de planeamiento estratégico, tanto en el Minsa como en los Gobiernos Regionales destinados a implementar el RSI (2005), producto de la escasa coherencia existente, tanto a nivel vertical como horizontal. Sin embargo, es necesario resaltar que, en agosto del 2022 el Minsa resolvió formalizar el inicio del proceso³⁹ de formulación del Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud 2023-2030, lo que brindaría una oportunidad para abordar la Agenda 2030 e incluir metas del ODS 3 en el nuevo Pesem que se apruebe.

³⁸ Decreto 780 de 6 de mayo de 2016 – Republica de Colombia

³⁹ Mediante Resolución Ministerial n.° 580-2022/MINSA

A partir de este punto, la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente para el seguimiento del “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el País, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)” cobra relevancia, ya que es el espacio de coordinación en el que se tendría que, elaborar un nuevo plan de mejoramiento de capacidades básicas del RSI (2005) acorde a la nueva realidad nacional, alineado a los instrumentos de planificación estratégica de cada sector, y realizar las acciones necesarias para asegurar el financiamiento de dicho plan.

Lo señalado en el párrafo anterior podría asegurar la coherencia horizontal; no obstante, para lograr la coherencia vertical es necesario alinear las acciones estratégicas, que buscan mejorar las capacidades básicas del RSI (2005), con los instrumentos de planificación estratégica de los gobiernos locales y regionales, lo que demandaría que la precitada Comisión Multisectorial evalúe la posibilidad de incluir a nuevos integrantes con la finalidad de implementar en todos los niveles de gobierno lo establecido en el RSI (2005).

Con relación a los mecanismos de articulación con los diversos sectores, si bien en la práctica se realizan las coordinaciones con otros sectores y/o entidades subnacionales, el CDC considera que aún se tiene una carencia en el marco regulatorio, de las acciones y roles que asume cada sector, según el evento potencial. Para ello, el CDC ha informado que cuentan con una propuesta Ley que deberá ser evaluada por los diversos sectores para contribuir de esa manera a implementar y oficializar el RSI dentro de nuestro marco normativo nacional⁴⁰.

Sobre la Importancia de la Pandemia Como un Evento Zoonótico

Es necesario recordar que la Pandemia por Coronavirus - 2019 (Covid-19) ha producido millones de muertos y decenas de millones de contagiados en todo el mundo, con el consecuente colapso de sistemas de salud. Siendo el SARS-CoV-2, un tipo de coronavirus causante de Covid-19, un agente patógeno de origen zoonótico. Lo cual evidencia, la importancia de estar alerta ante estos eventos de zoonosis, con especial referencia a Covid-19 (Cortés, 2021).

Asimismo, diversos estudios han precisado que, como los demás coronavirus humanos, el SARS-CoV-2 representa un nuevo caso de zoonosis, es decir, una infección producida a través de un “salto de hospedador” del patógeno desde otra especie animal hasta la nuestra. Asimismo, numerosas evidencias científicas apuntan a que el reservorio del SARS-CoV-2 son los murciélagos y que de estos saltó a un animal intermediario (Abellán et al., 2021).

Es importante resaltar que, aunque el origen de esta zoonosis, la transmisión del SARS-CoV-2 desde una especie animal a personas, la fuente de contagio actual es claramente por la transmisión de persona a persona. Lo mismo ocurrió con el SIDA,

⁴⁰ En las entrevistas realizadas a las funcionarias del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), se manifestó que:

(...) primero lo que queremos ver es cómo podríamos establecer esos mecanismos, que en la práctica funcionan, ósea tenemos mecanismos de coordinación con los diferentes sectores, hay algún tema o evento, coordinamos directamente, a través de las altas autoridades con el ministerio involucrado, pero eso no está escrito, no está regulado, entonces esos son justos los mecanismos que nos pide ahí, mecanismos de coordinación con cualquier ministerio, y eso queremos tratar de manejarlo con documentos de trabajo, (...), para iniciar justo estos mecanismos, de articulación, como digo en la práctica funcionan, lo que no tenemos es algo escrito, ahora, como lo estamos escribiendo, sobre algunas actas, ya hubo una primera reunión, ya en esa acta se indicó que es muy importante esta articulación, (...). Lo otro es ver que dentro de esta ley que queremos proponer, para legalizar el RSI, como una ley peruana, quizás ahí se pueda colocar algo de eso, seguramente los abogados ya nos lo explicaran.”

una enfermedad de origen zoonótico cuya transmisión contemporánea no está mediada por animales (Abellán et al., 2021).

Este es un nuevo escenario en el que, una vez más, virólogos, especialistas en biomedicina, veterinarios y otros actores sanitarios deben trabajar juntos y coordinados a través de una visión de Salud Global, que se está haciendo cada vez más fuerte como concepto de necesidad de investigaciones coordinadas y multidisciplinarias. Se debe hacer hincapié en la necesidad de realizar una vigilancia activa, potenciando el diagnóstico como principal herramienta preventiva. La búsqueda activa de nuevos casos de contagio, mediante diferentes estrategias epidemiológicas, permitiría evitar la aparición y, sobre todo, la propagación de nuevos focos de infección, tanto de esta enfermedad, como de aquellas otras zoonosis que siguen suponiendo un grave riesgo a la salud pública (Abellán et al., 2021).

Sobre la Comisión Multisectorial para la Vigilancia Zoonótica

Al respecto, en el año 2016, la OPS manifestó⁴¹ a través de su representante, la importancia de realizar un seguimiento y recomendó gestionar la conformación de la Comisión Multisectorial de carácter permanente para la vigilancia, comunicación, prevención, promoción y control de enfermedades zoonóticas, para propiciar la coordinación intersectorial necesaria en las acciones para este tipo de enfermedades como el Ántrax, Rabia, Equinococosis, Fascioliasis, Epizootias (fiebre amarilla), entre otras.

Al respecto, el marco normativo señala que el organismo que diseña, establece, ejecuta y supervisa las políticas nacionales y sectoriales en materia agraria es el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (Midagri), quien tiene adscrito al Servicio Nacional de Sanidad Agraria que, de acuerdo al Decreto Legislativo N° 1059, tiene por objeto la prevención, la erradicación de plagas y enfermedades en vegetales y animales, que representan riesgo para la vida, la salud de las personas y los animales y la preservación de los vegetales⁴². Lo expuesto implica que el Midagri como el Minsa deberían articular y coordinada para contribuir y garantizar la elaboración y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales.

Sobre la Instalación de la Comisión Multisectorial

Considerando la importancia de la actual pandemia causada por el SARS-CoV-2 (Covid-19) como un evento zoonótico, adquiere una mayor relevancia la vigilancia epidemiológica motivado mediante enfermedades zoonóticas y metaxénicas.

En ese sentido, la participación activa de una comisión multisectorial a nivel nacional toma un rol prioritario para contribuir a garantizar la salud pública, con el objeto de proponer la política y lineamientos para la prevención y control de enfermedades zoonóticas, como la Equinococosis Quística/Hidatidosis, Tuberculosis y Brucelosis Bovina, Brucelosis Caprina, Ántrax, Rabia, Hidatidosis, Fascioliasis, y otras priorizadas por el Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Sanidad Animal, que afectan la salud humana y la salud animal. Así como, realizar el monitoreo, evaluación y fiscalización de la política, planes y estrategias desarrolladas por los sectores.

⁴¹ Cartas CHA/05/1350-2016 y CHA/05/1361-2016 de 23 y 25 de noviembre de 2016 respectivamente.

⁴² Artículo 1° del Decreto Legislativo N° 1059.

Por lo cual, el Midagri estableció la creación de una Comisión Multisectorial Permanente denominada “Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas”, integrada por las siguientes entidades:

- Ministerio de Agricultura y Riego
- Servicio Nacional de Sanidad Agraria
- Ministerio de Educación
- Cuatro representantes del Ministerio de Salud
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
- Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
- Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria
- Instituto Nacional de Salud;
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; y,
- Organismo Nacional de Sanidad Pesquera.
- Entidades públicas o privadas⁴³, de corresponder

Además, se debe precisar que las designaciones de los funcionarios representantes se realizan mediante Resolución Ministerial del o la titular del Midagri⁴⁴, Senasa⁴⁵, Minedu⁴⁶, Minsa, MIMP⁴⁷, Sanipes⁴⁸.

Sobre la Designación del presidente de la Comisión Multisectorial

Al respecto, es preciso mencionar que la presidencia de la Comisión Multisectorial Permanente está a cargo de quien ejerza la representación titular de Senasa o del Minsa durante dos (02) años. En ese contexto, en el año 2019, el Midagri designó a los representantes⁴⁹ ante la Comisión Multisectorial, por lo que asumió la Presidencia por el periodo señalado.

Posteriormente, al culminar el plazo de la presidencia, el Minsa o Senasa debe designar al funcionario que presidirá a la Comisión según corresponde, por ello, el Minsa preciso que, según sus funciones establecidas, la Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública, es el órgano competente para dirigir y coordinar las intervenciones estrategias en salud pública en materia de prevención y control de enfermedades metaxénicas y zoonosis⁵⁰. Es por ello, que el Minsa comunica a Senasa, la designación del representante ante la Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas, que ejercerá la presidencia en el nuevo periodo 2022-2024.

Sobre el particular, se debe precisar que la Comisión Multisectorial Permanente tiene entre sus funciones relacionadas con las coordinaciones multisectoriales, intrasectoriales e intersectoriales:

⁴³ Artículo 8° del Decreto Supremo n.º 002-2019-MINAGRI de 4 de mayo de 2019

8.1 La Comisión Multisectorial Permanente puede solicitar el apoyo de personas expertas y especializadas en la materia cuya participación pueda coadyuvar a la consecución de su objeto. Así como requerir información a otras entidades del sector público, para el cumplimiento de sus funciones, estando éstas en la obligación de proporcionarlas, salvo las excepciones de Ley.

8.2 La Comisión Multisectorial Permanente puede solicitar la colaboración, asesoramiento, apoyo, opinión y aporte técnico representantes de otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales.

⁴⁴ Resolución Ministerial N°171-2019-MINAGRI de 9 de mayo de 2019

⁴⁵ Resolución Ministerial N°171-2019-MINAGRI de 9 de mayo de 2019

⁴⁶ Resolución Ministerial N° 282-2019/MINEDU de 14 de junio del 2019

⁴⁷ Resolución Ministerial N° 129-2019/MIMP de 8 de mayo del 2019

⁴⁸ Resolución Ministerial N° 227-2019/PRODUCE de 27 de mayo del 2019

⁴⁹ Resolución Ministerial N°171-2019-MINAGRI de 9 de mayo de 2019

⁵⁰ Artículo 6° del Decreto Supremo n.º 002-2019-MINAGRI de 4 de mayo de 2019

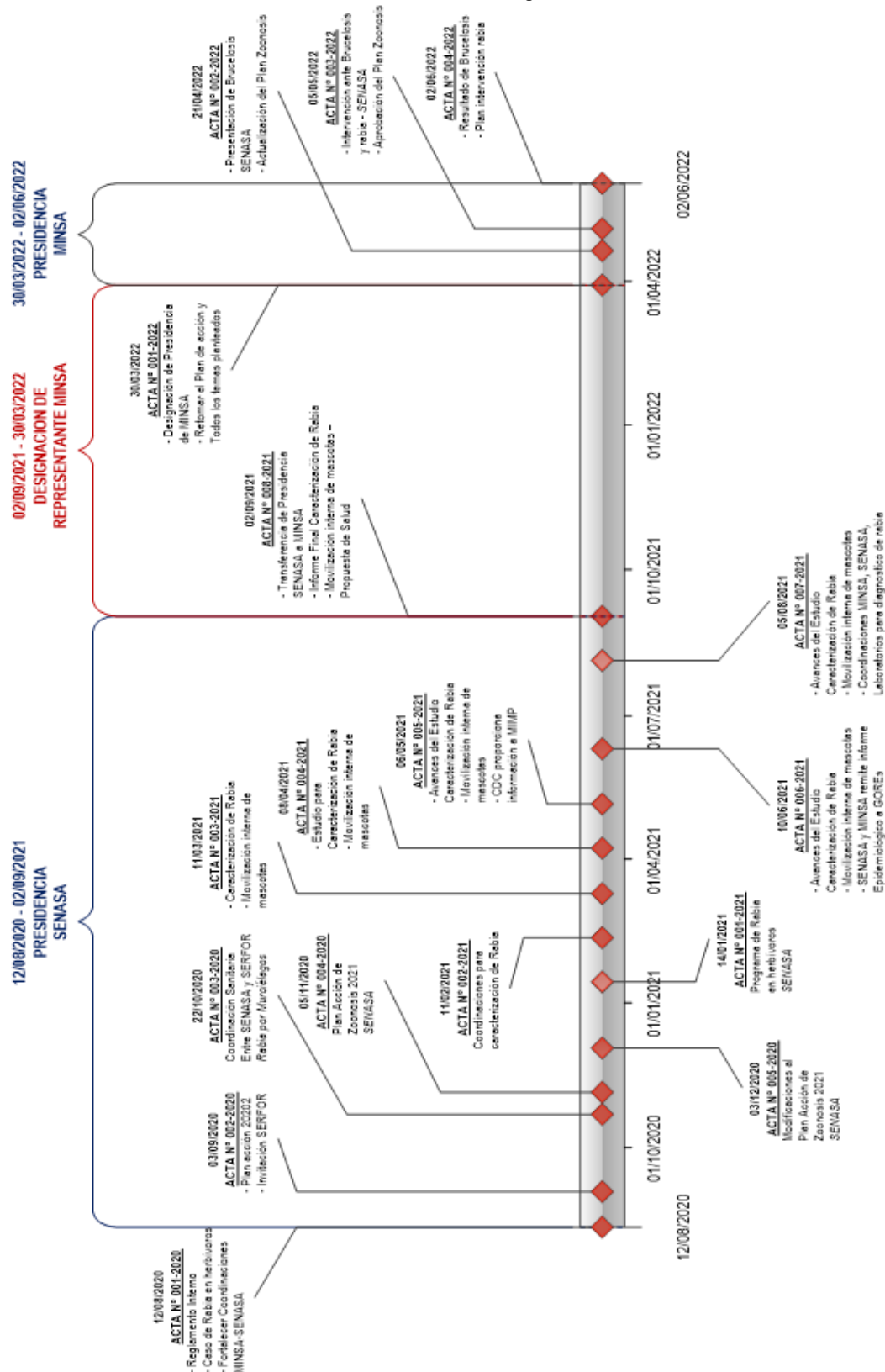
- Proponer las políticas y lineamientos para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas a nivel nacional.
- Monitorear y evaluar las políticas nacionales y planes sectoriales de prevención y control de enfermedades zoonóticas a nivel nacional
- Fiscalizar las acciones desarrolladas por las entidades en los ámbitos nacional, regional y local.

Al respecto de las actas (Ver Anexo n.º 8) de las reuniones llevadas a cabo por la Comisión Multisectorial Permanente denominada "Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas, se identificó:

- Se suscribieron 17 Actas de Reunión entre el periodo 2019 – 2022
- El tiempo transcurrido para la designación del presidente por el Minsa es de aproximadamente 6 meses

Lo cual, se muestra de forma detallada en la imagen siguiente:

Imagen n.º 9: Línea de tiempo – Actas de Comisión Zoonosis
Acciones realizadas según actas de reunión



Por lo expuesto en las diecisiete (17) actas de reunión realizadas entre los periodos 2019 a la fecha se realizaron sesiones con los representantes de las diversas entidades que conforman la “Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas” observándose que, entre sus principales acciones realizadas⁵¹, se tiene las siguientes

- **Fortalecer las coordinaciones y acciones entre Minsa y Senasa para prevención de rabia**
- **Socialización de los resultados de la investigación de brucelosis en la provincia de Condorcanqui**
- Invitación a otras instituciones para las coordinaciones sobre las enfermedades zoonóticas priorizadas (*Serfor, Ministerio del Ambiente*)
- Coordinaciones con otros ministerios (*Ministerio de Educación para incluir dentro de la currícula de educación temas sobre enfermedades zoonóticas*)
- **Coordinaciones para iniciar la caracterización de Rabia**
- **Senasa realiza campañas oficiales de vacunación contra rabia, ántrax y carbunco sintomático**
- Evaluación del marco normativo para la movilización interna de mascotas.
- Minsa comentó una propuesta de realizar un taller sobre priorización de enfermedades zoonóticas con enfoque de una salud, en respuesta a brotes y eventos de importancia en salud pública.

Asimismo, es de precisar que en el Acta de Reunión 001-2022-CMPPCEZ, se menciona que a partir que el Minsa asumió la presidencia, solicitó compartir el Plan de Acción con todas las instituciones integrantes de la comisión para poder ir abordando todos los temas planteados con las diferentes instituciones que se integren.

Sobre los Planes de Acción en Zoonosis durante el periodo 2021 - 2023

De la revisión a los documentos remitidos por Senasa relacionados con la Propuesta “Plan de acción en Zoonosis hasta fines del año 2021” y la propuesta del “Plan de acción en Zoonosis Periodo 2022-2023”, se ha identificado la actividad a realizar, el ejecutor responsable, plazo y la zona de intervención. De ello, se puede precisar que la mayoría de las actividades deben ser ejecutadas por el Minsa y Senasa, así como, los integrantes de “Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas”, asimismo, se considera 6 enfermedades priorizadas que se detalla a continuación:

- Rabia silvestre
- Hidatidosis, Equinococosis quística
- Ántrax
- Brucelosis caprina y bovina
- Tuberculosis bovina
- Fasciolosis

De lo expuesto, se ha identificado que durante las reuniones sostenidas por la Comisión Multisectorial Permanente de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas, la mayoría de las actividades se enfocaron en las enfermedades

⁵¹ Es oportuno señalar que el Informe Final de Gestión de la Presidencia de la Comisión Multisectorial Permanente de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas – CMPPCEZ. Periodo setiembre 2019 a agosto 2021, guarda relación con las principales actividades identificadas.

zoonóticas de **rabia, brucelosis y Ántrax**, por lo cual, es relevante recordar que el objeto principal de la presente comisión es proponer las políticas y lineamientos para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas a nivel nacional, así como el monitoreo y fiscalización de las **6 enfermedades zoonóticas priorizadas**, y otras enfermedades de corresponder.

Sobre los avances obtenidos por el Senasa con relación a la implementación de las Capacidades Básicas del RSI (2005)

Respecto de los avances obtenidos en la implementación de las Capacidades Básicas del RSI en su marco normativo vigente, referente a enfermedades infecciosas y/o inocuidad de alimentos, tres (3) de las subdirecciones del Senasa han evidenciado que no cuentan con un marco normativo específico relacionado al RSI. Además de ello, con relación a las coordinaciones multisectoriales, cuatro (04) subdirecciones y una (01) Unidad del Senasa precisaron que vienen realizando coordinaciones con el Minsa, Entidades privadas, instituciones relacionadas a la Sanidad Animal y Salud Pública, así como organismos Internacionales, de acuerdo con sus funciones establecidas. (Ver Anexo n.º 9).

De todo lo expuesto sobre las disposiciones institucionales del Minsa y del Senasa para la coherencia vertical y horizontal que promuevan un enfoque integrado para mejorar las capacidades de los sistemas de salud se evidencia la relevancia de considerar, desde el planeamiento, la implementación del Reglamento Sanitario Internacional en el marco de sus competencias, asimismo, debe complementarse con otras acciones multisectoriales coordinadas.

7.3 Respecto a los marcos jurídicos y políticos y los acuerdos institucionales propuestos con relación a las necesidades de los grupos vulnerables identificados y la mejora de las capacidades del sistema sanitario.

Con respecto a los grupos vulnerables es necesario señalar que el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) elaboró con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), el documento "Condiciones de vida de la población en riesgo frente a la pandemia del Covid-19" con la finalidad de brindar información, tanto al sector público como al privado, referido a los grupos poblacionales que se encuentran en riesgo ante la pandemia ocasionada por la Covid-19. Los grupos poblacionales en riesgo identificados fueron los siguientes:

- Población en situación de pobreza y pobreza extrema
- Población indígena en situación de pobreza
- Población afrodescendiente en situación de pobreza
- Población con enfermedades o malestares crónicos
- Población sin seguro de salud
- Población sin seguro de pensión
- Trabajadores informales
- Población en situación de hacinamiento
- Población sin acceso a agua por red pública
- Población sin acceso a servicio de saneamiento
- Niños, niñas y adolescentes que trabajan
- Jóvenes que ni estudian ni trabajan (nini)
- Población adulta mayor
- Mujeres jefas de hogares

- Población migrante

Asimismo, el INEI también señala que “el abordaje de poblaciones vulnerables se realiza agrupada en función del curso de vida: niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores; con poblaciones con condiciones o situaciones particulares: Grupos étnicos, poblaciones en situación de discapacidad, víctimas de violencia, población en situación de pobreza o pobreza extrema, entre otros⁵²”

Además, el citado documento resalta la necesidad de la intervención del Estado, como responsable de establecer los planes estratégicos y líneas de acción para resolver la problemática social presente en el fenómeno de la vulnerabilidad.

En ese sentido, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 señala el concepto de vulnerabilidad como “la susceptibilidad de la población, la estructura física o las actividades socioeconómicas, de sufrir daños por acción de un peligro o amenaza”. Asimismo, el citado documento contiene un diagnóstico de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, considerando a los siguientes grupos vulnerables:

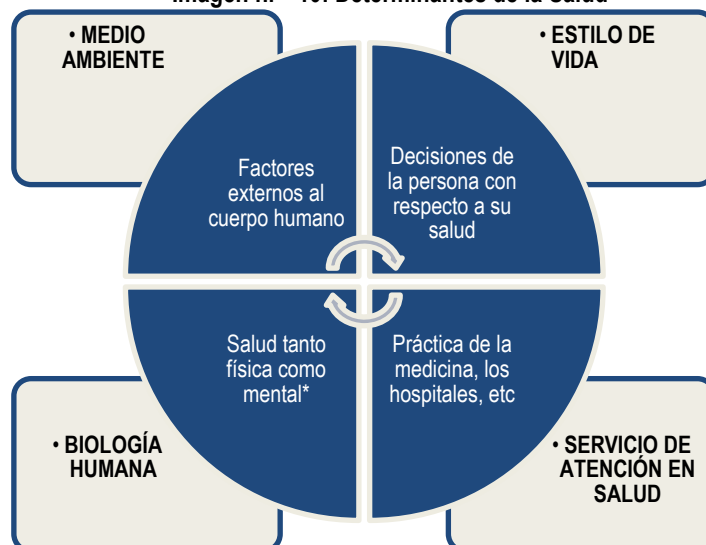
- Población Indígena:
- Población afroperuana:
- Personas en situación de movilidad
- Personas trabajadoras del hogar

Además, el documento “Diagnóstico en base a desigualdades” señaló que no abordar las determinantes sociales generan desigualdades en salud, y que un modelo biomédico (modelo de política de salud enfocado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades) es insuficiente para garantizar un país saludable.

En ese sentido, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 considera que es importante abordar las determinantes sociales de salud, porque permitiría reducir las brechas que equiparan las oportunidades para una vida sana y de bienestar para toda la población. Asimismo, señala que las determinantes de la salud se clasifican en torno a cuatro grandes categorías que se encuentran interrelacionadas:

⁵² Cabe precisar que, la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), citado por INEI, considera la existencia de grupos vulnerables, cuando se da algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal [...] el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes.

Imagen n.º 10: Determinantes de la Salud



Nota: (*) Incluye la herencia genética, el proceso de maduración y envejecimiento⁵³, como las enfermedades crónicas⁵⁴, los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental

Fuente: Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

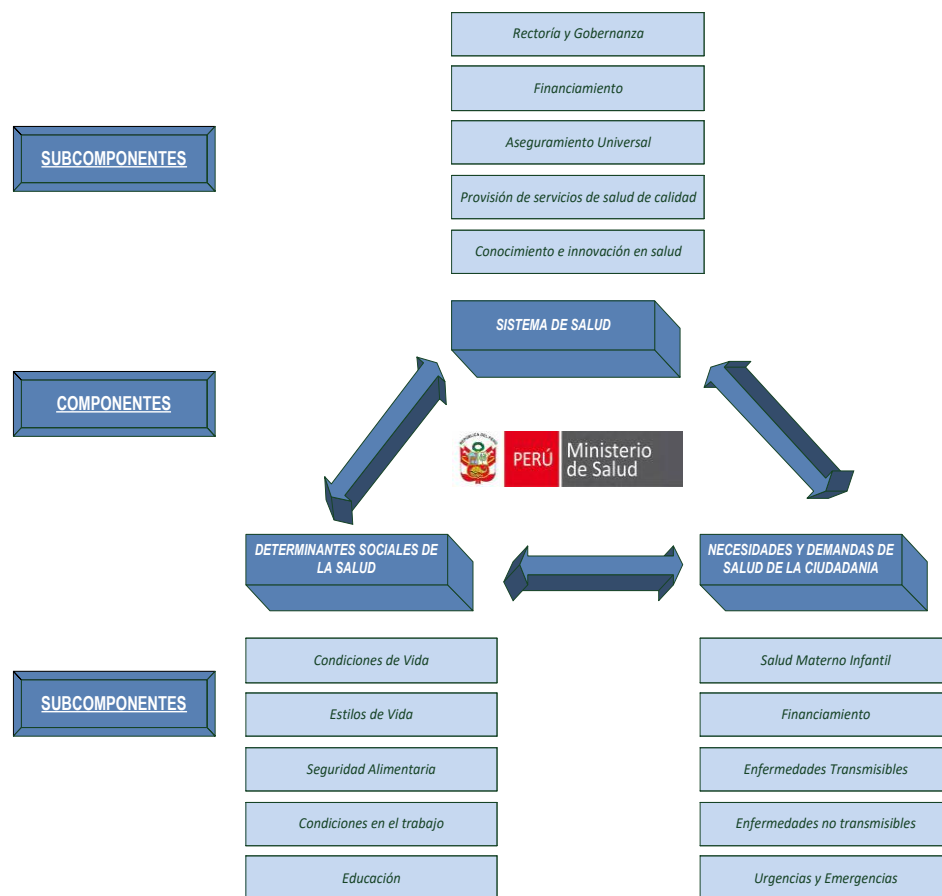
Sobre la base de lo expuesto, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 estableció en su Objetivo Prioritario 3 “Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud”, y en este objetivo aborda las determinantes sociales de la salud, e incluye intervenciones relacionadas a la educación, la vivienda y sus servicios, el transporte y viabilidad, la alimentación, la urbanización y seguridad ciudadana, el medio ambiente, entre otros; señalándose además que estas acciones mejorarán la disponibilidad de recursos y las condiciones de vida de las personas, familias y comunidad permitiendo la conservación de la salud y evitando riesgos de enfermedad.

De otra parte, el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Minsa, establece como subcomponente del Modelo Conceptual del Sector Salud a los determinantes sociales de la salud, lo señalado se aprecia mejor en la siguiente imagen:

⁵³ En agosto del 2020, la Defensoría del Pueblo emitió el documento “Rendición de cuentas en el contexto de la pandemia: 150 días defendiendo derechos” en el que se señaló que, la población en mayor situación de riesgo frente al Covid-19 fue adultos mayores, que asciende en el Perú a 4 140 000 de personas, y que tienen dificultad para usar brazos y piernas, oír y ver. De este grupo más de 633.000 personas mayores de 70 años viven solas, y el 86 % de las personas mayores de 65 años que trabajan tienen un empleo informal.

⁵⁴ Otro grupo vulnerable al virus, dadas las circunstancias en las que habitaban, fueron las personas privadas de libertad, que tenían condiciones precarias de higiene y salubridad en las prisiones, así como enfermedades preexistentes como tuberculosis y VIH. Asimismo, las personas con discapacidad, tanto física, sensorial, psicosocial o intelectual, ya que las barreras de esta población en el ejercicio de sus derechos a la salud, educación, trabajo, entre otros, se verían acrecentadas por la pandemia.

Imagen n.º 11: Modelo Conceptual del Sector Salud



Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030
Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

De manera similar, en la fase estratégica del Pesem 2016-2021 se señaló que, para implantar un modelo de atención enfocado en las personas, sus necesidades y expectativas, se viene impulsando una reforma cuyo objetivo es universalizar la protección en salud en el Perú, protegiendo la salud de la población, prevención de la enfermedad, vigilancia y control epidemiológico, y la gestión del riesgo. Uno de los pilares de la citada reforma hace referencia a la mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida de la población a través de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de salud pública y sus determinantes sociales.

Además, se estableció como escenario apuesta que las enfermedades transmitidas por vectores (dengue, Chikungunya, y el Zika) están completamente controladas gracias a la creación y acción del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sobre este Centro Nacional escribiremos más adelante.

Entonces, de la revisión de los dos principales instrumentos de planeamiento estratégico del Sector Salud, detallados previamente, se evidencia que el Ministerio de Salud ha identificado grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, abordando también la conservación de la salud, buscando evitar el riesgo de enfermedad con énfasis en los determinantes sociales.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la presente auditoría está enfocada en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, y que precedentemente se

concluyó que nuestro país no cuenta con un marco normativo y de políticas que establezca acciones específicas para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI, se advierte que las necesidades de los grupos vulnerables no han sido abordadas.

7.4 Respecto a la difusión de información del gobierno a los ciudadanos y a las partes interesadas, y su inclusión como partícipes de su trabajo sobre los marcos legales y políticos y los acuerdos institucionales relacionados con la mejora de las capacidades establecidas en el RSI.

La participación de los ciudadanos y de las partes interesadas en los procesos de elaboración de marcos legales, políticos y acuerdos institucionales relacionados con la mejora de las capacidades del Sistema de Salud ha sido expuesta en el documento prospectivo al 2030 del Sector Salud, donde se cita a la Organización Mundial de la Salud, señalando que:

“(…) La participación de la sociedad civil puede reforzar la voluntad política respecto a los determinantes sociales de la salud y las agendas de salud pública y fortalecer el control de la gente sobre los factores que afectan su salud. En ese sentido, el gobierno no puede crear la participación, pero puede crear los espacios que posibiliten y fomenten la participación. Además, la participación social que incluye a los grupos vulnerables y excluidos debería buscar el empoderamiento de estos grupos, incrementando su control efectivo sobre las decisiones que influyen su salud y calidad de vida, y el acceso y uso de los servicios de salud (…).” (El subrayado es agregado)

Al respecto, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 establece que, en la etapa de diseño, tanto el proceso de “delimitación del problema público” como en el proceso de “enunciación y estructuración del problema público” se han realizado reuniones técnicas y talleres de Juicio de Expertos con la finalidad de verificar la fiabilidad de la definición del problema público y consultar sobre su estructuración.

En las reuniones técnicas y talleres mencionados, se ha identificado la participación de diferentes unidades orgánicas y otros organismos del Ministerio de Salud; así como la participación de otras entidades públicas provenientes de diez (10) sectores distintos al sector salud (tales como Minedu, Midagri, Vivienda, MIMP, Midis, MTPE, Mindef, Mininter, Minam, Mincu); no obstante, no se menciona que se haya realizado reuniones de trabajo con otros actores provenientes de la sociedad civil, la academia o el sector privado.

Sin embargo, el reporte de cumplimiento de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 señala que “(…) se ha logrado elaborar de manera conjunta entre dieciséis ministerios, y la participación de representantes de gobiernos regionales, locales, organizaciones civiles, instituciones académicas y profesionales, el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) para la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (…), mencionando además, que dicho plan fue aprobado por el Decreto Supremo n.º 016-2021-SA y que deberá guiar la actualización y alineamiento de las políticas subnacionales, planes estratégicos sectoriales multianuales (Pesem), planes de desarrollo concertado de los niveles regional y local (PDRC y PDLC), así como los instrumentos de gestión de las entidades públicas a nivel nacional ⁵⁵.

⁵⁵ Publicado el 22 de julio de 2022, en el Portal de Transparencia del Ministerio de Salud.

Asimismo, el documento denominado “Guía de Elaboración de Políticas”, elaborada por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan), ha señalado la importancia de la identificación de actores relacionados con la política, ya que cumplen un rol crucial para el cumplimiento de consensos y compromisos en la etapa de implementación. Asimismo, la mencionada Guía señala que es fundamental identificar actores de la sociedad civil, la academia y el sector privado, que están directa o indirectamente relacionados con el problema público identificado en la política nacional.

La Guía también remarca la importancia de la participación de la academia y la población durante la definición del problema, y para consensuar alternativas de solución se requiere de la población afectada de las instituciones públicas relacionadas y de otros actores como los organismos no gubernamentales o de la sociedad civil.

Ahora bien, con relación a la implementación de las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional, ya se ha señalado que solo contó con un “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el País, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)” y la conformación de una Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente para la implementación del Plan; lo cual fue aprobado mediante Decreto Supremo n.° 011-2014-SA y en cuya exposición de motivos se señala que el Plan fue elaborado en consenso con las instituciones competentes, sin detallar ni hacer referencia explícita a la sociedad civil, la academia o el sector privado.

En ese sentido, una vez que la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente para el Plan de mejoramiento de las capacidades básicas del RSI (2005) retome sus actividades de coordinación con todos sus miembros conformantes, será necesario evaluar la actualización o elaboración de un plan de mejoramiento que aborde las brechas identificadas en cada una de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), y que dicho proceso de actualización se evalúe la posibilidad de hacer partícipes a las diversas partes interesadas (sociedad civil, academia, sector privado).

Por lo expuesto, podemos señalar que el Ministerio de Salud, en el proceso de diseño del Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 no hizo partícipes a otras partes interesadas en la delimitación, enunciación y estructuración del problema público; sin embargo, en el proceso de elaboración del Plan Estratégico Multisectorial para la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, se ha logrado elaborar de manera conjunta entre dieciséis ministerios, y la participación de representantes de gobiernos regionales, locales, organizaciones civiles, instituciones académicas y profesionales.

7.5 Respecto a los recursos necesarios para fortalecer las capacidades del Sistema de salud con la finalidad de pronosticar, prevenir y prepararse ante los riesgos de salud pública.

Tal como ha señalado la OPS (2020), para hacer frente a brotes en general es fundamental la función rectora de las autoridades de salud, así como no subestimar en la planificación del RSI la importancia del financiamiento. Cabe enfatizar que tanto la planificación como el financiamiento van de la mano.

En ese sentido, debemos recordar que de las revisiones realizadas a los instrumentos de planeamiento estratégico del sector salud, evidenciamos que no contamos con acciones estratégicas específicas para la implementación del RSI (2005), por lo que tampoco se otorgó financiamiento para dicho fin. Asimismo, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, que tiene como función promover su implementación, no cuenta con los recursos suficiente para lograrlo; además no olvidemos que la implementación no solo depende del Ministerio de Salud, sino también de otras entidades involucradas, por lo que los recursos debían solicitarse a todos los involucrados.

Recordemos también que, mediante Decreto Supremo n.° 011-2014-SA, se aprobó el “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el País, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional - RSI (2005)”

El mencionado Plan estableció veintinueve (29) actividades destinadas a cerrar las brechas identificadas por cada capacidad, sin embargo, no estableció ninguna acción relacionada con la obtención o asignación del financiamiento de las actividades a implementar. En ese sentido, el Plan de mejoramiento de capacidades estableció un presupuesto total ascendente a S/ 439 800.00, necesario para la ejecución de las acciones relacionadas con el mejoramiento e implementación del RSI (2005), asimismo, estableció un cronograma de ejecución y las instituciones responsables de cada acción.

En particular, fueron tres (3) actividades las que concentraron poco más del 86% (S/ 380 000.00) del total de recursos presupuestales requeridos en el Plan de mejoramiento de capacidades, dichas actividades, así como los importes requeridos se muestran a continuación:

- S/ 230 000.00 requeridos para la realización de las acciones necesarias para completar el proceso de acreditación de los laboratorios de referencia de TBC⁵⁶ y dengue⁵⁷ del Centro Nacional de Salud Pública del INS (Certificación ISO 9001, ISO 15189), equipos y calibración, con un plazo de ejecución hasta marzo de 2014. Es decir, las necesidades de recursos contempladas en el Plan sólo contemplaron a los laboratorios del INS. Actualmente esta actividad se encontraría vinculada con la capacidad para realizar pruebas de detección de enfermedades prioritarias.
- S/ 100 000.00 necesarios para la realización de las acciones de identificación de necesidades y adquisición de equipos, medicamentos, insumos y equipos de protección personal para enfrentar potenciales situaciones de emergencias biológicas, químicas y radioactivas en el país⁵⁸, que contaba con un plazo de ejecución hasta diciembre de 2014 y que actualmente se relaciona con la capacidad de preparación y respuesta a las emergencias.

⁵⁶ El Perú es uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas, anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo. (Vigilancia de tuberculosis – CDC MINSA (dge.gob.pe))

⁵⁷ El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ha reportado 44 791 casos de dengue a nivel nacional presentados en el 2021. (Presentación de PowerPoint (dge.gob.pe))

⁵⁸ La actividad de identificación de necesidades y adquisición de equipos, medicamentos e insumos se vinculaba al componente “Preparación”, el cual se encontraba establecido como una capacidad básica a autoevaluar, hasta autoevaluación del año 2017.

- S/ 50 000.00 solicitados para la programación de un simulacro al año de coordinación sobre eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, lo cual se programó para febrero de 2014, y que actualmente también se relaciona con la capacidad de preparación y respuesta a las emergencias.

Ahora bien, como se ha señalado previamente, dado que la finalidad de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente fue el seguimiento del Plan de mejoramiento, las entidades involucradas en la implementación del RSI (2005), tenían un espacio de coordinación y articulación de sus acciones, dando cuenta de sus avances y limitaciones de diverso tipo, mediante la elaboración de informes semestrales y anuales.

Es así que, en el informe anual de agosto 2014-agosto 2015, la Comisión recomendó⁵⁹ a cada uno de sus integrantes gestionar al interior de sus entidades los recursos necesarios para el cumplimiento de las acciones del Plan, a pesar que el mencionado Decreto Supremo señalaba en su artículo 9°, que su implementación y ejecución: “(...) se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público (...)”, lo que evidenció la necesidad de contar con recursos adicionales para el cumplimiento del Plan.

En el mismo sentido, en el informe semestral de enero a junio de 2016, respecto del estado de la preparación, la Comisión señaló que “(...) aún no se dispone del stock estratégico de insumos y medicamentos estimado para el nivel nacional y en forma conjunta con las regiones de salud (...)”. Asimismo, recomendó actualizar sus propias funciones y acciones para incluir el componente presupuestal por cada sector, así como el involucramiento de otros sectores no considerados en el Decreto Supremo n.° 011-2014-SA, lo cual también incluyó en su nota informativa n.° 011-FCQ-CDC-2018 de diciembre de 2018, denominada Situación actual de la comisión multisectorial. Evidenciando con ello la continua necesidad de recursos presupuestales para la continuidad de sus acciones.

Lo expuesto constituyó una limitante para la implementación de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005) y para el logro de los objetivos de dicho Plan, esta limitante ha sido abordada también por el CDC, que fue consultado respecto al presupuesto asignado para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), informando⁶⁰ que:

“(...) Encontrar los recursos para apoyar el desarrollo de capacidades del Sistema de Salud ha sido y sigue siendo un desafío; y que, si bien la responsabilidad de cumplir con las capacidades básicas requiere presupuestos nacionales específicos, los estados de bajos ingresos como el nuestro, se ven limitados para mejorar sus capacidades, ya que los presupuestos nacionales están orientados a satisfacer las necesidades de salud cotidianas de la población (...)”

De lo expuesto, se evidencia que las actividades consideradas en el Plan de mejoramiento de capacidades que requería la mayor cantidad de recursos presupuestales estaban relacionadas con las capacidades de prevención y preparación en el nivel nacional ante eventos de emergencias; siendo necesario

⁵⁹ “(...) cada representante de la Comisión pueda gestionar y canalizar al interior de sus sectores un monto destinado al cumplimiento de las acciones del Plan de capacidades básicas, para ser insertadas en el Plan Operativo Anual de cada institución (...)”

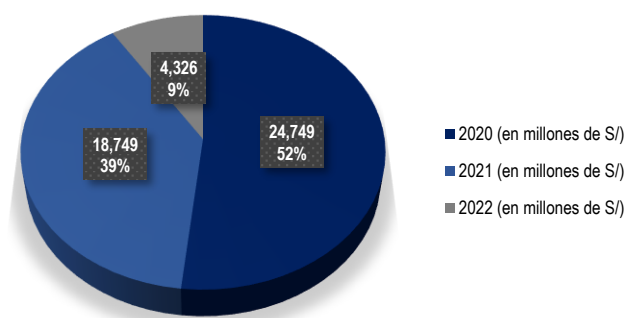
⁶⁰ Mediante Oficio n.° 069-2022-DVMSP/MINSA

resaltar que la actividad de acreditación de los laboratorios a cargo del INS se encontraba directamente vinculada a la mejora en por lo menos dos de las enfermedades de mayor prevalencia en el Perú como la TBC y el Dengue. Sin embargo, su implementación enfrentaba limitaciones presupuestales.

Por lo tanto, se evidencia que el Estado no contaba con recursos para los diferentes niveles de gobierno que garanticen la mejora de las capacidades del sistema de salud relacionadas con la previsión, prevención y preparación para los riesgos de salud pública.

Lo expuesto sobre los requerimientos de recursos para la implementación del RSI para la generación de capacidades para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de salud pública, contrastan con los recursos que han sido insumidos por el Estado peruano para combatir los efectos del Covid-19 durante los años 2020 al 2022, los cuales ascienden a un total aproximado de S/ 47 824 millones (ver Anexo n.º 10), de acuerdo con la siguiente imagen:

Imagen n.º 12: Gasto efectuado en relación a Recursos para el Covid-19 entre el 2020 al 2022 (Devengado)



Nota: No se considera el monto correspondiente a la Meta 98: Exterior, a nivel de Gobierno Nacional por un Monto de S/ 26 millones (Devengado)

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

Fuente: Portal de Consulta amigable – MEF al 15 de setiembre de 2022
 (<https://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx>)

Cabe precisar que, si bien no se cuenta con financiamiento específico para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, si se cuenta con un programa presupuestal relacionado a una capacidad del RSI (2005), en el Perú existe la estrategia dada por el programa presupuestal 017 “Enfermedades metaxénicas y zoonosis”, relacionado con la capacidad de “Eventos Zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales”. El “anexo n.º 2 – Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal” del citado programa presupuestal señala que:

“En el último decenio, el 75% de las nuevas enfermedades que han afectado a los seres humanos han sido causadas por agentes patógenos originados en los animales o en los productos de origen animal (brucelosis) y el 80% de los agentes de uso potencial en bioterrorismo son organismos patógenos zoonóticos (Antrax).”

Asimismo, en los citados Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal, también se señala que “las enfermedades metaxénicas y zoonosis son endémicas y causan brotes cíclicos de mayor frecuencia y extensión geográfica, con elevada morbilidad, letalidad y mortalidad”. De acuerdo con lo expuesto, y en particular, con lo referido a

los programas presupuestales, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 precisa que:

Estos programas presupuestales fueron estructurados con la finalidad de dar soluciones a problemas públicos “**específicos**” que afectan a la salud de las personas, dedicando la mayor parte de sus intervenciones a acciones sanitarias de diagnóstico y tratamiento, y en mucho menor medida hacia acciones de mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades. Es decir, inciden poco sobre determinantes sociales intermedios de la salud, pero en la práctica se ha determinado, que en algunos casos no han tenido el nivel de respuesta esperado porque requirieron de la participación de otros actores en la solución del problema. Adicionalmente, los Programas Presupuestales tampoco articulan o integran sus acciones, sin lograr sinergias ni abordando los factores que hacen posible la aceptación y adherencia a las intervenciones previstas, en la actualidad no existe un instrumento articulador, que haga posible que estas estrategias logren sus objetivos y optimicen los recursos económicos del país asignados al campo de la salud.

En ese sentido, pese a que existe un programa presupuestal que se relaciona con una capacidad del RSI (2005), se requiere de un trabajo articulado y coordinado con todos los sectores, programas o planes que insumen recursos financieros con la finalidad de alinear los presupuestos, cerrar brechas relacionadas con las capacidades básicas del RSI (2005) y lograr una mayor eficiencia del gasto público.

De otro lado, dado que la vigilancia basada en laboratorio es parte importante de la vigilancia de los daños o enfermedades de salud pública sujetas a vigilancia, en la medida que los análisis de laboratorio permiten identificar su presencia y prevalencia en el territorio nacional, garantizando el diagnóstico, confirmación y caracterización de los daños o enfermedades, así como, la tipificación de los agentes (INS, 2021).

Al respecto, es necesario detallar que a nivel nacional existe la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) liderada por el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Centro Nacional de Salud Pública (CNSP); dicha Red se encuentra conformada por un (1) Laboratorio de Referencia Nacional (LRN), veintitrés (23) Laboratorios de Referencia Regional (LRR) y cinco (5) Laboratorios de Referencia de Salud Pública (LRSP).

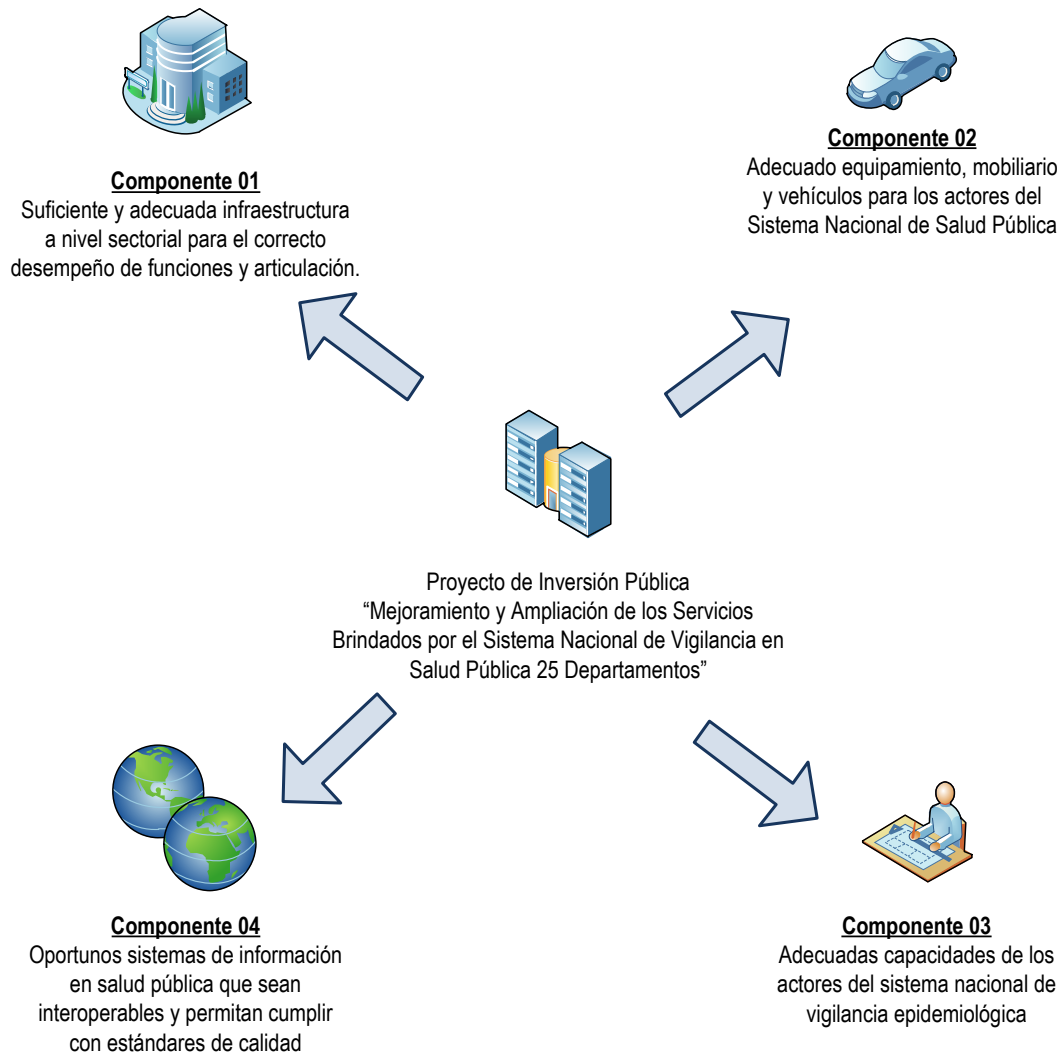
Asimismo, uno de los aspectos críticos en materia de capacidad de laboratorios, fue que antes de la pandemia no contábamos con una red de laboratorios de biología molecular, lo que constituyó una de las limitaciones para hacer frente a la pandemia ocasionada por la Covid-19. En ese sentido, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, ha señalado que el porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada al año 2019 era de 80% del total: “(...) ya que casi todos los laboratorios de salud pública regionales no se encuentran en óptimas condiciones respecto a la infraestructura y equipamiento especializado para brindar servicios adecuados”.

Por lo cual, en el año 2021 el Minsa aprobó el perfil del Proyecto de Inversión Pública “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 25 Departamentos” (CUI n.º 2502896), elaborado por el INS con la finalidad de que la Población en el Territorio Nacional Acceda a un

Adecuado Servicio de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades y/o Eventos que Afectan a la Salud Pública.

En el marco del mencionado proyecto, el INS tiene previsto invertir en un periodo de 3 años, el importe total de S/ 311 466 828.68, en cuatro componentes, como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen n.º 13: Componentes del Proyecto de “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 25 Departamentos”



Fuente: Proyecto de “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 25 Departamentos” (ver Anexo n.º 11)

Elaboración: Comisión de Auditoría de Desempeño

Al respecto, el proyecto de “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 25 Departamentos”, constituye una fuente importante de recursos para la mejora de las capacidades laborales, específicamente, de mobiliario, equipos y en algunos casos, vehículos en los distintos niveles de gobierno; sin embargo, no se considera la infraestructura adecuada en la cual se pondrán en funcionamiento dichos bienes y equipos, asimismo, tampoco

considera los posteriores gastos de operación y mantenimiento de los bienes y equipos que se transfieran a los gobiernos subnacionales.

No obstante, el perfil del proyecto señala que “(.) se han suscrito actas de compromiso de operación y mantenimiento de los activos que se brindará, haciéndose énfasis en que se deberá garantizar la disponibilidad de espacio e instalaciones (infraestructura) para el adecuado funcionamiento de los activos entregados.” (El subrayado es agregado). No obstante, es importante considerar que los acuerdos suscritos se ratifiquen al momento de hacer las entregas de los bienes y equipos para seguir asegurando su adecuado funcionamiento, así como su operación y mantenimiento.

Al respecto, con la finalidad de identificar la situación de los laboratorios de referencia regional (LRR) se ha consultado a una muestra de ellos, respecto de su presupuesto y capacidad instalada, habiendo recibido las respuestas de ocho (8) LRR, las cuales se resumen en la siguiente tabla:

Tabla n.º 2: Situación actual de muestra de laboratorios referenciales regionales

| LRR | Situación Actual | |
|------------|--|--|
| | Operación y Mantenimiento | Infraestructura |
| Apurímac | “(…) No se tiene un presupuesto establecido para el mantenimiento preventivo ni correctivo de los equipos (…).” El presupuesto asignado depende de la existencia de saldos presupuestales en las estrategias sanitarias. | No señala problemas de infraestructura. |
| Arequipa | Respecto al equipamiento y mantenimiento del laboratorio de referencia regional, señaló que “(…) hasta la fecha no hay incorporación presupuestal con dicho fin.” El laboratorio “(…) no cuenta con presupuesto (…) para servicios básicos y de mantenimiento (…).” | “(…) realiza sus actividades en ambiente poco adecuados para el procesamiento, tanto así, que el diagnóstico de Rabia y VIH se realizan en ambiente administrativos de la Dirección de Saneamiento Ambiental (…).” |
| Lima | Señala haber realizado mantenimiento de sus equipos en los años 2019-2021 | No señala problemas de infraestructura. |
| Loreto | Reporta que en los últimos tres años (2019 -2021), ha brindado mantenimiento a 22 de los 106 equipos con los que cuenta. | No señala problemas de infraestructura. |
| Moquegua | Señala haber contado con presupuesto para materiales e insumos, y mantenimiento de equipos en los años 2019-2021 | No señala problemas de infraestructura. |
| Piura | Reporta hasta 7 equipos en situación “Regular” a los cuales no ha brindado mantenimiento en los últimos tres años (2019 -2021). | No señala problemas de infraestructura. |
| San Martín | Señala haber realizado mantenimiento al 80% de sus equipos durante el presente año 2022. | No señala problemas de infraestructura. |
| Tacna | Reporta haber brindado mantenimiento al 100% de su equipamiento en los últimos 3 años. | No señala problemas de infraestructura. |

Fuente: Oficinas de respuesta de los LRR, contenidos en el Anexo n.º 12

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

De lo expuesto en la tabla precedente, se ha identificado que seis (6) de los ocho (8) laboratorios consultados han realizado mantenimientos a su equipamiento y no señalan algún problema de infraestructura; no obstante, se ha identificado una vinculación del presupuesto de los laboratorios con los saldos de los programas presupuestales.

De lo expuesto se evidencia que existen recursos destinados a la mejora de las capacidades de laboratorio a nivel nacional, las cuales consisten en mejora de infraestructura de laboratorios de referencia nacional y el equipamiento de

laboratorios de referencia regional, existiendo el compromiso de los gobiernos subnacionales de asegurar el adecuado funcionamiento, así como, la operación y mantenimiento de dichos equipos. Sin embargo, se encuentra pendiente la asignación de recursos para las demás capacidades del RSI (2005).

7.6 Respecto a los presupuestos relacionados con la implementación del Reglamento Sanitario, la participación de las partes interesadas en el proceso presupuestario, y las necesidades específicas de los grupos vulnerables.

Si bien el Viceministerio de Salud Pública del Minsa informó⁶¹ que el promedio del gasto social en salud en América Latina se ubica en 4% del PIB, el Perú gasta en salud el 3.16% (Según las fuentes consultadas por el citado Viceministerio), lo cual señalan que es insuficiente, obteniendo como resultado final el incremento del riesgo en los sectores más vulnerables, lo expuesto se representa en la siguiente imagen:

Tabla n.º 3: Situación actual de muestra de laboratorios referenciales regionales

| Países | Gasto Público en Salud / Gasto Salud (%) | Gasto en Salud / Gasto Público (%) | Gasto en Salud / PIB (%) |
|-----------------|--|------------------------------------|--------------------------|
| Argentina | 72.49% | 16.05% | 6.61% |
| Brasil | 41.88% | 10.26% | 3.96% |
| Bolivia | 68.53% | 11.52% | 4.42% |
| Chile | 58.31% | 17.73% | 5.20% |
| Colombia | 73.50% | 17.49% | 5.37% |
| Costa Rica | 73.74% | 26.91% | 5.50% |
| Rep. Dominicana | 46.00% | 15.60% | 2.82% |
| Ecuador | 52.82% | 11.92% | 4.36% |
| El Salvador | 63.75% | 19.24% | 4.61% |
| Guatemala | 35.84% | 17.21% | 2.08% |
| Honduras | 40.09% | 11.71% | 3.15% |
| Haití | 11.86% | 5.24% | 0.95% |
| Panamá | 59.92% | 20.08% | 4.39% |
| Perú | 63.35% | 14.90% | 3.16% |
| Paraguay | 45.47% | 10.48% | 3.03% |
| Uruguay | 70.83% | 19.78% | 6.58% |
| Venezuela | 15.94% | 1.37% | 0.19% |
| Promedio | 52.61% | 14.56% | 3.90% |

Fuente: Datosmacro.com OMS, OPS citado en INFORME N° 001-2022-EEEG-DVMSP/MINSA remitido con OFICIO N° D00006-2022-DVMSP-MINSA

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

Sin embargo, como fue señalado previamente, nuestro país no cuenta con acciones específicas para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional, ni con un marco normativo y de políticas que busquen el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI, y tampoco cuenta con presupuesto asignado específicamente para dicho fin⁶², por lo que las necesidades de los grupos vulnerables relacionados con las capacidades básicas no fueron abordados y los diferentes partes interesadas no fueron partícipes de ningún proceso presupuestario que haya asignado recursos.

⁶¹ Mediante el INFORME N° 001-2022-EEEG-DVMSP/MINSA remitido con OFICIO N° D00006-2022-DVMSP-MINSA.

⁶² De conformidad con lo señalado por el Viceministerio de Salud Pública del Minsa, que mediante el INFORME N° 001-2022-EEEG-DVMSP/MINSA remitido con OFICIO N° D00006-2022-DVMSP-MINSA, informó que: "(...) en el año 2014 hubo un plan sin presupuesto que era parte de la comisión multisectorial (...)".

7.7 Respetto al alineamiento de las instituciones y entidades gubernamentales a diferentes niveles en la realización de evaluaciones de riesgos, seguimiento, evaluación y presentación de informes relacionados con las capacidades del sistema de salud.

En primer lugar, debemos señalar que, de acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones del Minsa, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades tiene entre sus funciones: “(...) Determinar los riesgos de daños a la salud de las personas frente a brotes, epidemias, emergencias sanitarias y eventos de importancia para la salud pública nacional”.

Al respecto, el INS ha señalado⁶³ que desde hace años el sistema sanitario está desarticulado en dos componentes: salud colectiva (preventiva, prevención y promoción de la salud, para evitar el colapso de servicios), y salud individual (recuperativa, atención de la persona enferma, garantizar su recuperación), por lo que la idea es fortalecer la salud colectiva para evitar el colapso de los centros de salud. Además, ha señalado que antes de la pandemia no se contaba con una red de laboratorios de biología molecular, ni con la vigilancia de la atención en hospitales, que permita monitorear las buenas prácticas en manejo de pacientes hospitalarios; y que debería vigilarse las condiciones de riesgo para la salud pública, como los determinantes sociales (hacinamiento en viviendas, acceso a agua potable, personas con empleo informal, etc.).

De otro lado, el INS también ha señalado⁶⁴ que cuenta con un proyecto de inversión para mejorar las capacidades de laboratorio, el cual cuenta con financiamiento del BID y que incluye la construcción del centro nacional de epidemiología. El Perfil del mencionado Proyecto de Inversión Pública elaborado por el INS, denominado: “Mejoramiento y ampliación de los servicios brindados por el sistema nacional de vigilancia en salud pública 25 departamentos”, señala que a pesar de las medidas tomadas por el Minsa frente a la pandemia, las deficiencias del Sistema de Salud hicieron que estas medidas de poco sirvan, poniéndose en evidencia que las capacidades de laboratorio y de diagnóstico no se encontraban articuladas.

Otro punto importante abordado por el INS fue el relacionado con el Decreto Legislativo n.° 1504, sobre el cual señalaron que:

El decreto no solo está considerando la unión de CDC con INS, sino el fortalecimiento de ambas instituciones, no solo a nivel administrativo sino también la coordinación. En caso de un evento que requiera acción conjunta, la ejecución de los planes se desarrollaría de manera más articulada y expedita. Nosotros vigilamos eventos de salud pública, que es cuando el daño ya se ha producido (dengue, epidemias, desastres naturales); eso es diferente al riesgo de salud pública. En ese aspecto, la vigilancia está relacionada a la identificación de factores de riesgo o la identificación de poblaciones vulnerables. Precisamente, la idea de tener INS y CDC juntos permitiría hacer esta labor. Tener equipos que no solo vean daños sino riesgos, tener laboratorios que no solo apoyen al diagnóstico, sino que vigilen los agentes patógenos que circulan en el ambiente o en algunos animales.

⁶³ Entrevista 002-2022-CG INS.

⁶⁴ Entrevista 002-2022-CG INS.

En consonancia, el perfil del proyecto considera la importancia de la articulación de los procesos de vigilancia e inteligencia sanitaria para un control eficaz de brotes, mediante la generación y difusión de información confiable de manera oportuna; además de establecer que la vigilancia de la salud debe integrar tanto la salud ambiental, eventos epidémicos, seguimiento de factores de riesgo asociados a enfermedades transmisibles, zoonóticas, así como los de emergencia y de desastres naturales⁶⁵.

Dicho de otra forma, el mencionado proyecto del INS contempla una preparación para eventos bajo un enfoque de gestión integral del riesgo en salud, al señalar que: “(...) es necesario que la estrategia sea integral, por lo que se puede señalar que son cinco las dimensiones de los riesgos para la salud de la población (...)”, dichas dimensiones son:

- Salud y vigilancia ambiental
- Vigilancia de epidemias y brotes
- Monitoreo y vigilancia de los factores de riesgo poblacional
- Vigilancia hospitalaria
- Vigilancia en eventos de emergencias y desastres naturales.

A manera de ejemplificar el abordaje de los riesgos para la salud pública, se tiene el caso de la República de Colombia que, de acuerdo con lo señalado en su portal web⁶⁶, plantea un enfoque de gestión integral del riesgo en salud, como un instrumento de planeación de política pública que “se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, cuantificar analizar, hacer seguimiento e intervenir (desde la prevención hasta la paliación) evitando o reduciendo los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.

Lo expuesto, evidencia la importancia que tiene la vigilancia en salud pública para desarrollar un enfoque integral de riesgos para la salud pública, por lo que es necesario realizar un seguimiento oportuno a los avances del Proyecto de Inversión Pública “Mejoramiento y ampliación de los servicios brindados por el sistema nacional de vigilancia en salud pública 25 departamentos”; así como, al cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto Legislativo n.° 1504 para lograr el fortalecimiento del CDC y del INS.

Ahora bien, para conocer como el rector del sector salud viene abordado la gestión de riesgos para la salud, así como su seguimiento y evaluación, es necesario referirnos a la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, que refleja el esfuerzo del Sector para alinear a las instituciones y entidades gubernamentales con el objetivo de mejorar los niveles de salud de la población, habiéndose formulado de forma consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados y con los Gobiernos Regionales y Locales. De la revisión de la citada política se pudo evidenciar que, el enfoque de riesgos de salud que aborda se desarrolla desde el punto de vista de la “gestión de riesgo ante desastres” sin

⁶⁵ “El control eficaz de los brotes de enfermedades se basa en una serie de procesos, entre los cuales la vigilancia de la salud y la inteligencia de salud pública son componentes clave. El sistema de salud debe ser capaz de generar y difundir información de manera oportuna, accesible y adecuada. Además, la función de vigilancia de la salud (y la información generada) debe integrar la salud ambiental, los eventos epidémicos nacionales e internacionales, el seguimiento de los factores de riesgo asociados a las enfermedades transmisibles y enfermedades de transmisión sexual, la vigilancia de las epizootias y enfermedades de origen animal y el seguimiento de eventos de emergencia y relacionados con el clima, incluidos los desastres naturales.”

⁶⁶ <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>

abordarlos desde un enfoque de gestión integral del riesgo en salud, señalado precedentemente.

Sobre el particular, la evaluación de resultados de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 se encuentra liderada por el Minsa, a través de su Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, que es responsable de elaborar un informe anual; asimismo, es responsable de promover la coordinación para la implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud con las entidades responsables de los Objetivos Prioritarios, lineamientos y proveedores de los servicios de la Política Nacional Multisectorial de Salud; además de difundir los reportes de seguimiento y evaluación con las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y las instancias participantes.

En ese sentido, de la consulta realizada al portal de transparencia del Ministerio de Salud, se pudo evidenciar que el 18 de junio de 2021, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización emitió un aviso de sinceramiento referido al Informe de Monitoreo y evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, informando que se encuentra en proceso de completar el informe de monitoreo y evaluación de la citada política, y que la disponibilidad de datos para los años 2019 y 2020 se vio limitada por la dificultad de recolección de datos de campo debido a la pandemia ocasionada por la Covid-19.

También señalaron que se están realizando consultas a los sectores participantes de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 para obtener la data disponible o el indicador proxi. Cabe señalar que, a la fecha, no se ha publicado en el citado portal de transparencia algún Informe de Monitoreo y evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

Del mismo modo, el 22 de julio de 2022 se publicó en el portal de transparencia del Minsa el Reporte de Cumplimiento de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, año 2020; en el que se informa sobre los avances del cumplimiento de los objetivos prioritarios. Del análisis realizado al citado reporte, se puede evidenciar que, no se han abordado todos los indicadores señalados en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

Igualmente, el documento denominado “Informe sobre el cumplimiento de metas e indicadores consignados en el Pesem 2016-2021 - Período 2019 y 2020” evidencia que, con relación al Objetivo Estratégico 3 “Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario” el Minsa no cuentan con datos disponibles para ninguno de los 5 indicadores.

De otro lado, el documento denominado “Reporte de Seguimiento del Plan Estratégico Sectorial Multianual PESEM 2016-2021” y en particular el indicador de la acción estratégica 03.03 “Implementar el Sistema de seguimiento y evaluación de políticas en salud pública”, evidencian que desde el año 2016 hasta el año 2021 solo se elaboró un (1) Informe anual de seguimiento y evaluación de las políticas en salud pública, denotando una debilidad en el proceso de seguimiento por parte del rector del sistema de salud.

Al respecto, de acuerdo con lo señalado en la “Guía para el seguimiento y evaluación de políticas nacionales y planes del Sinaplan”, el seguimiento genera información que permite responder las siguientes preguntas:

- ¿la implementación se está desarrollando según lo esperado?
- ¿los resultados son consistentes con lo esperado?
- ¿por qué lo obtenido difiere de lo esperado?

Además, el seguimiento permite identificar aquellas intervenciones que no se ejecutan según lo esperado, lo que conlleva a analizar las causas que explican los desvíos, y a partir de ello establecer medidas correctivas necesarias que mejoren el cumplimiento de la política nacional o plan.

Por todo lo expuesto, podemos señalar que el “seguimiento y evaluación” de las “políticas y planes” del sector salud presentan debilidades y no se estarían realizando de manera continua, y en el caso de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 no se están evaluando todos los indicadores establecidos. Por lo que sería prioritario reforzar esta actividad para poder identificar aquellos objetivos que no lograron alcanzar los resultados esperados, con la finalidad de aplicar las correspondientes acciones correctivas.

7.8 Respecto a los planes de acción y estrategias que aborden las brechas identificadas en las evaluaciones de las capacidades básicas establecidas en el RSI, y a su seguimiento.

Para prevenir y afrontar los riesgos de salud pública, la OPS (2020) ha remarcado la utilidad de la evaluación de las capacidades básicas del RSI (2005), desde un punto de vista conceptual y práctico; además, ha resaltado la función rectora de las autoridades de salud como eje fundamental, así como, la importancia que tiene el financiamiento, para mejorar la implementación del RSI y hacer frente a brotes en general.

Ahora bien, ya que hemos hablado sobre la evaluación de capacidades del RSI, es importante señalar que el artículo 4° del Título I del Reglamento Sanitario Internacional establece que “cada Estado Parte designará un Centro Nacional de Enlace para el RSI (2005) y a las autoridades responsables, dentro de su respectiva jurisdicción, de la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional”.

Por lo que en agosto de 2006, se resuelve designar⁶⁷ a la Dirección General de Epidemiología⁶⁸ como el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional.

Asimismo, el artículo 54° del RSI (2005) establece que “los Estados Parte y el director general informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud”; por lo que, en la 61.ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en el año 2008 se decidió que esta información se presentaría anualmente.

Luego de dicho acontecimiento la OMS señaló que “entre los años 2010 y 2017 el cuestionario de monitoreo del RSI enviado a los Centros Nacionales de Enlace fue utilizado al menos una vez por todos los 196 Estados partes para informar a la Asamblea Mundial de la Salud”⁶⁹

⁶⁷ Mediante Resolución Ministerial n.° 793-2006/MINSA de 17 de agosto de 2006

⁶⁸ Ahora Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

⁶⁹ Los perfiles de país están disponibles en la página del “Global Health Observatory”

Ahora bien, el documento de orientación sobre el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Parte explica que:

En 2015, la Secretaría de la OMS, junto con los Estados Partes, inició la elaboración de métodos de seguimiento y evaluación, centrándose en las capacidades nacionales básicas, que se consolidaron en el Marco de seguimiento y evaluación del RSI, con objeto de garantizar de forma satisfactoria una rendición de cuentas mutua entre los Estados Partes, y a la vez fomentar la confianza y el reconocimiento de los beneficios para la salud pública que se derivan de la adopción de un conjunto común de normas inspiradas en el diálogo y la transparencia.

De la revisión realizada al proceso de registro del Instrumento Electrónico de Autoevaluación en la presentación anual de Informes de los Estados Parte en el RSI (e-SPAR)⁷⁰, que tienen por finalidad apoyar a los Estados Parte del RSI para cumplir con su obligación de informar anualmente a la Asamblea Mundial de la salud, se identificó que, en el caso del Perú, solo se cuenta con información a partir del año 2012.

Cabe resaltar que, el 16 de setiembre de 2011, la Subdirección General de Seguridad Sanitaria y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud, informó a la Dirección General de Epidemiología⁷¹ del Minsa que la fecha límite para establecer las capacidades básicas nacionales fijadas en el RSI era el 15 de junio de 2012; asimismo, informó sobre el proceso de solicitud de prórroga de dos años de la fecha límite. Así, mediante nota informativa n.° 024-2012-DGE-DVE/DSARES/MINSA de 27 de enero de 2012, la Dirección General de Epidemiología informó al Viceministerio de Salud que había realizado el trámite solicitud de prórroga por dos (2) años.

Posteriormente, la Dirección General de Epidemiología informó⁷² al Viceministro de Salud que se está procediendo a elevar a su despacho el expediente de solicitud de segunda prórroga, por dos (2) años más, para desarrollar las capacidades básicas nacionales descritas en el anexo 1 del RSI (2005), el cual contenía el sustento técnico y el Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Al respecto, es importante precisar que el segundo párrafo del artículo 5° del RSI (2005) señala que:

Después de la evaluación a que se hace referencia en el párrafo 2 de la parte A del anexo 1, un Estado Parte podrá presentar a la Organización Mundial de la Salud información basada en una necesidad justificada y un plan de aplicación, y obtener así dos años de prórroga para cumplir con las obligaciones establecidas en el párrafo 1 del presente artículo.

Ahora bien, el Minsa señaló aquellas circunstancias excepcionales⁷³ que han contribuido a no desarrollar plenamente las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), estas circunstancias fueron las siguientes:

⁷⁰ <https://extranet.who.int/e-spar>

⁷¹ Es necesario recordar que actualmente la Dirección General de Epidemiología es ahora el Centro Nacional de Epidemiología, Seguimiento y Control de Enfermedades.

⁷² Mediante nota informativa n.° 161-2014-DGE/MINSA de 11 de abril de 2014

⁷³ Mediante nota informativa n.° 161-2014-DGE/MINSA de 11 de abril de 2014

- En los primeros años la implementación del Reglamento Sanitario Internacional ha sido desarrollado principalmente por el Ministerio de Salud, lo cual constituyó una limitante, dado que el alcance de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta a alcanzar incluye funciones de diferentes instituciones de diferentes sectores.
- No se cuenta con una instancia orgánica o funcional dentro de la estructura del Estado que por mandato sea responsable de articular los esfuerzos intersectoriales y de monitorear la implementación de las capacidades básicas. Esta instancia actualmente se encuentra en proceso de implementación.
- La necesidad de contar con apoyo financiero para la implementación del Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta.
- La ocurrencia de emergencias sanitarias que demandaron priorización de esfuerzo y recursos del Estado (Ministerio de Salud) para la respuesta.

Es oportuno recordar que en junio de 2014, se aprobó el Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y se creó la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente con la finalidad de dar seguimiento y elaborar propuestas e informes técnicos en relación al plan y con las acciones para el mantenimiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005). En ese sentido, la comisión auditora solicitó los actas e informes producidos por la citada Comisión.

De la revisión de los informes⁷⁴ emitidos por la Comisión Multisectorial, contenidos en el Anexo n.º 13 se advierte que el primer informe emitido, que abordó el periodo agosto-diciembre 2014, señaló que se han conformado 5 grupos de trabajo para monitorear la implementación de las capacidades básicas. Estos grupos de trabajo ya habían iniciado las reuniones para el monitoreo de la implementación de dichas capacidades. En el segundo informe emitido, que abordó el periodo agosto 2014-agosto 2015, se advirtió que detallaron los resultados del seguimiento de nueve (9) capacidades básicas.

Asimismo, en el tercer informe emitido, que abordó el periodo setiembre-octubre 2015, se advirtió que el Minsa venía realizando coordinaciones para elaborar un Plan de Preparación y Respuesta ante el Riesgo Bioterrorista, y se estaban realizando las coordinaciones para un Plan Nacional de Comunicación de Riesgos. En el cuarto informe emitido, que abordó el periodo enero-junio 2016, se observó que informaron que, de acuerdo a la autoevaluación de febrero 2016, se estableció que el país había logrado implementar, en su mayoría, las capacidades básicas mínimas para la implementación del RSI (2005), y que al ser la implementación un proceso dinámico era necesario continuar con el fortalecimiento de las capacidades básicas logradas y como parte del seguimiento al Plan de Capacidades Básicas.

Posteriormente, en el quinto informe emitido, que abordó el periodo julio-diciembre 2018, se advirtió que más que un informe de la Comisión Multisectorial es un informe del Equipo Técnico de Alerta y Respuesta⁷⁵, con el cual la Secretaría General del Ministerio de Salud, solicitó se reporten las actividades de la Comisión Multisectorial, ya que se le había informado que no lo estaban presentando.

Por lo expuesto, podemos señalar que, luego que el Minsa asumiera la presidencia de la Comisión Multisectorial no se emitió ningún otro informe que nos brinde

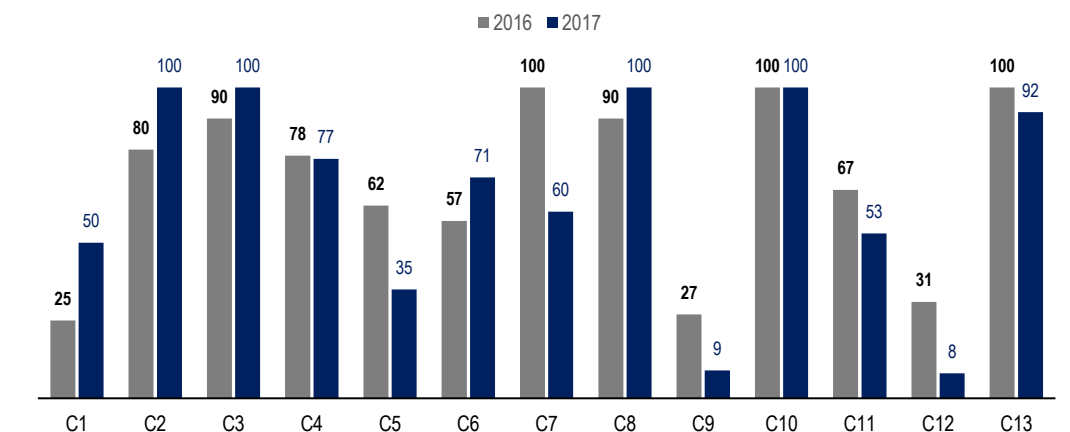
⁷⁴ El Minsa remitió informes bimestrales, semestrales y anuales.

⁷⁵ En respuesta al Oficio n.º 3341-2018-SG/MINSA

información del estado actual de las capacidades básicas del RSI; esto debido a la falta de continuidad de las reuniones de la comisión, tal como se ha evidenciado precedentemente; no obstante, se siguieron aplicando los cuestionarios e instrumentos de autoevaluación para la presentación anual de los informes de los estados parte.

En ese mismo orden de ideas presentaremos los resultados por cada capacidad, de los últimos cuestionarios o autoevaluaciones realizadas:

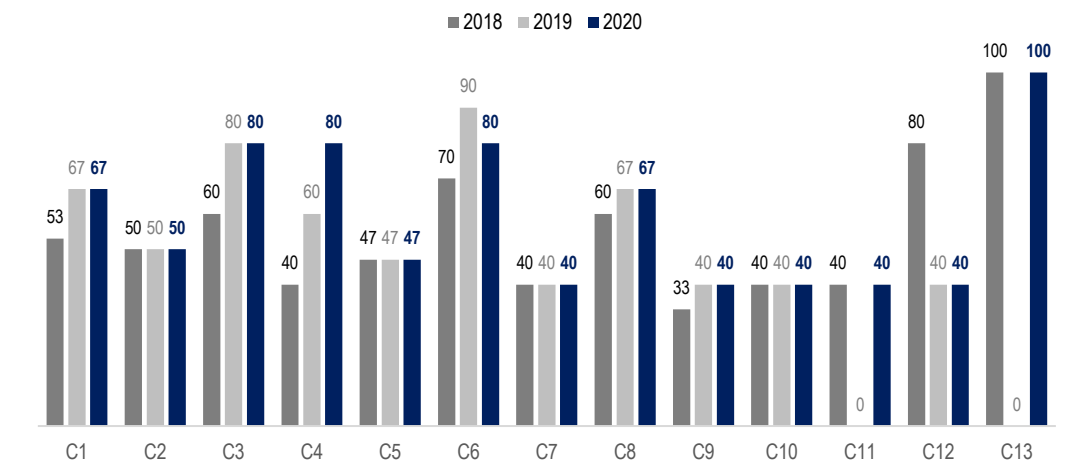
Imagen n.º 14: Puntuación RSI (2005) por capacidad Perú 2016-2017



Fuente: Informes anuales de autoevaluación de los Estados Partes sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (Periodo 2021). <https://extranet.who.int/e-spar>
Elaborado por: Comisión de Auditoría

Del gráfico precedente se puede señalar que la capacidad con mejor puntuación en el periodo 2016-2017, fue la capacidad 10 (C10) referida a “Eventos de enfermedades zoonóticas” obteniendo una puntuación de 100; ya que, de acuerdo con lo respondido en el cuestionario, se han creado y están funcionando los mecanismos para detectar y responder a las zoonosis efectivas y potenciales. De otro lado, las capacidades con menor puntuación fueron las capacidades 9 (C9) y 12 (C12), referidos a “Puntos de entrada” y “Eventos químicos” obteniendo una puntuación de 9 y 8 respectivamente.

Imagen n.º 15: Puntuación RSI (2005) por capacidad Perú 2018-2019-2020



Fuente: Informes anuales de autoevaluación de los Estados Partes sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (Periodo 2021). <https://extranet.who.int/e-spar>
Elaborado por: Comisión de Auditoría

Del gráfico precedente se puede señalar que las capacidades con mejor puntuación en el periodo 2018-2020, fueron las capacidades 1 (C1), 3(C3), 4(C4), 6(C6), 8(C8) y 13(C13) referidos a:

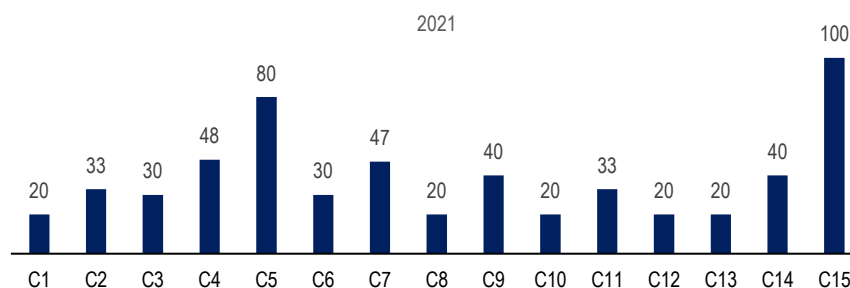
- C1. Legislación y financiación.
- C3. Eventos zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales.
- C4. Inocuidad de los alimentos.
- C6. Vigilancia.
- C8. Marco nacional para las emergencias sanitarias.
- C13. Emergencias por radiación.

Asimismo, se puede señalar que las capacidades con menor puntuación fueron las capacidades 2(C2), 5(C5), 7(C7), 9(C9), 10(C10), 11(C11) y 12(C12) referidos a:

- 2. Coordinación del RSI y funciones de los CNE para el RSI.
- 5. Laboratorio.
- 7. Recursos Humanos.
- 9. Prestación de servicios de salud.
- 10. Comunicación de riesgos.
- 11. Puntos de entrada.
- 12. Eventos químicos.

Cabe señalar que el cuestionario de autoevaluación de los años 2018, 2019 y 2020 ha sufrido modificaciones en relación con el cuestionario de los años 2016 y 2017, y respecto del cuestionario vigente desde el 2021.

Imagen n.º 16: Puntuación RSI (2005) por capacidad Perú 2021



Fuente: Informes anuales de autoevaluación de los Estados Partes sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (Periodo 2021). <https://extranet.who.int/e-spar>

Elaborado por: Comisión de Auditoría

Del gráfico precedente se puede señalar que las capacidades con mejor puntuación en el periodo 2021, fueron las capacidades 5 y 15 referidas a “Vigilancia” y “Emergencias por radiación”, obteniendo una puntuación de 80 y 100 respectivamente; mientras que las demás capacidades muestran puntuaciones que van desde 20 hasta 48. Asimismo, este último gráfico contempla 15 capacidades básicas, y esto obedece a que el instrumento de autoevaluación ha sufrido modificaciones.

En ese sentido, respecto a la Herramienta Electrónica de Autoevaluación de los Estados Parte (e-SPAR), que se basa en la información recogida por los países a través de sus cuestionarios o instrumentos de autoevaluación y posteriormente comunicados a la OMS, Kentikelenis y Seabrooke (2021) afirman lo siguiente:

En primer lugar, la autodeclaración de los gobiernos arroja información que puede contener inexactitudes, dado que este sistema no cuenta con salvaguardias para verificar o validar los datos proporcionados. Estos datos, son datos oficiales que no pueden ser reprobados por el público, y se utilizan ampliamente para el diseño de políticas en la gobernanza sanitaria mundial. Por lo tanto, no es sorprendente que las recomendaciones políticas sean tan buenas como los datos en los que se basan, que pueden socavar las respuestas de gobernanza colectiva (Kentikelenis y Seabrooke, 2021, p. 2)

Además, de las entrevistas realizadas a los profesionales del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención, y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud se pudo verificar que en los procesos de aplicación del cuestionario o instrumento de autoevaluación para conocer las capacidades básicas establecidas en el RSI no se solicitaba documento que sustente las afirmaciones dadas por los diferentes funcionarios de los diferentes sectores que participaban de dicho proceso, por lo que se reafirma lo dicho por Kentikelenis y Seabrooke (2021), es decir, que la información presentada puede contener inexactitudes.

En relación a los planes de acción, producto de la identificación de brechas en el proceso de autoevaluación de las capacidades básicas del RSI, podemos señalar que la única evidencia de un plan de acción de ese tipo es el “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)” aprobado en junio de 2014, el cual no ha sido actualizado hasta la fecha.

Desde el 2018 hasta la fecha de emisión del presente Informe de Auditoría, la Comisión Multisectorial no se ha vuelto a reunir, hecho que impide a los distintos sectores, involucrados en la implementación del RSI (2005), tomar acuerdos en favor del mejoramiento de capacidades básicas de los sistemas de salud para prevenir, prevenir y prepararse para los riesgos de salud pública.

Por todo lo expuesto podemos señalar que, el gobierno realiza el seguimiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI a través de la aplicación de los cuestionarios o instrumentos de autoevaluación proporcionados por la OMS; asimismo, reportan los resultados de dichas autoevaluaciones; no obstante, al no requerir la presentación de la documentación que sustente lo señalado por los diferentes funcionarios de los diversos sectores involucrados con la implementación del RSI, los resultados pueden contener información con inexactitudes.

En ese sentido, se puede concluir que, para lograr superar las brechas de las capacidades básicas del Sistema de Salud, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, es necesario, mejorar la aplicación del instrumento de autoevaluación del RSI, el cual debe incluir documentos probatorios sobre el estado actual de las capacidades básicas, con la finalidad de una vez concluido el proceso, y en coordinación con todos los integrantes de la Comisión Multisectorial del RSI elaboren o actualicen el Plan de mejoramiento de capacidades básicas, incluyendo los puntos de entrada.

Asimismo, con la finalidad de obtener información más objetiva sobre las capacidades básicas actuales, es necesaria la aplicación de otro componente de seguimiento y evaluación del RSI, el cual podría ser: La evaluación externa conjunta, los exámenes posteriores a la acción, o los ejercicios de simulación.

7.9 Respetto a la evaluación de las necesidades de los grupos vulnerables, y la participación de las partes interesadas en la evaluación de riesgos de los sistemas de salud

Como se señaló anteriormente, el Ministerio de Salud a través de sus dos principales instrumentos de planeamiento estratégico ha identificado algunos grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, aborda la conservación de la salud y busca evitar el riesgo de enfermedad, haciendo énfasis en los determinantes sociales. Asimismo, en el proceso de elaboración del Plan Estratégico Multisectorial, para la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, hizo partícipes a otras partes interesadas (sociedad civil, academia, etc.) en su proceso de planeamiento.

No obstante, toda vez que esta auditoría se enfoca principalmente en la implementación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional, y que el CDC reconoció que nuestro país no cuenta con un marco normativo y de políticas que establezca acciones específicas para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), no se ha logrado evidenciar que las necesidades de los grupos vulnerables hayan sido abordadas.

8 COMENTARIOS DE LOS GESTORES

Comentarios del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego:

Mediante oficio n.° 1674-2022-MIDAGRI-SG, el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego remitió sus comentarios respecto del Informe Preliminar de la auditoría de desempeño. Al respecto, la comisión auditora evaluó los comentarios del gestor y consideró importante sus sugerencias brindadas; ya que, es importante dejar establecido en el informe, que tanto el Ministerio de Salud como el Servicio Nacional de Sanidad Agraria deben coordinar para desarrollar y alinear las políticas y lineamientos para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas a nivel nacional, así como el monitoreo y fiscalización de las 6 enfermedades zoonóticas priorizadas, entre otros aspectos.

Comentarios del Ministerio de Salud:

Mediante oficio n.° 712-2022-SG-MINSA, el Ministerio de Salud remitió sus comentarios respecto del Informe Preliminar de la auditoría de desempeño. La comisión auditora evaluó los comentarios del gestor y en el caso del comentario de la Dirección General de Gestión de Riesgos de Desastres y Defensa Nacional en Salud se consideró en el informe de auditoría lo referido al proceso de seguimiento y evaluación de políticas y planes de salud.

9 CONCLUSIONES

1. El Ministerio de Salud, en su calidad de rector del Sistema de Salud, no cuenta con marco normativo y de políticas que expresamente promueva y regule la implementación del RSI (2005) a nivel nacional.
2. La vigilancia en salud pública es vital para desarrollar un enfoque integral de riesgos para la salud pública.
3. La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, el Pesem 2016-2021 del Minsa, y los Planes Estratégicos Institucionales de las regiones no han incluido acciones estratégicas específicas para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional.
4. La Formalización del inicio del proceso de formulación del Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud 2023-2030, brinda una oportunidad para abordar la Agenda 2030 e incluir las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 "Salud y Bienestar"
5. Luego que la presidencia de Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente para el seguimiento del "Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)" sea asumida por el Ministerio de Salud en el año 2017, la citada comisión, a diciembre del año 2021, solo se reunió en cinco oportunidades.
6. La Pandemia por Coronavirus - 2019 (Covid-19) ha producido millones de muertos y decenas de millones de contagiados en todo el mundo, con el consecuente colapso de sistemas de salud. Siendo el SARS-CoV-2, un agente patógeno de origen zoonótico. Lo cual evidencia, la importancia de estar alerta ante estos eventos de zoonosis.
7. En Tres (3) subdirecciones del Servicio Nacional de Sanidad Agraria del Perú, encargadas de establecer los mecanismos para la prevención, el control y la erradicación de plagas y enfermedades en vegetales y animales que puedan representar riesgos para la vida, la salud de las personas y los animales y la preservación de los vegetales, no se evidenció un marco normativo específico en relación al RSI (2005).
8. El Midagri estableció la creación de una Comisión Multisectorial Permanente denominada "Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas", no obstante, la mayoría de las actividades de la Comisión se enfocaron en las enfermedades zoonóticas de rabia, brucelosis y Ántrax, siendo el objeto principal de la presente comisión el proponer las políticas y lineamientos para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas a nivel nacional, así como el monitoreo y fiscalización de las 6 enfermedades zoonóticas priorizadas .
9. La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Minsa han identificado algunos grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, abordando también la conservación de la salud y busca evitar el riesgo de enfermedad, haciendo énfasis en los determinantes sociales, no obstante, nuestro país no cuenta con un marco normativo y de políticas que establezca acciones específicas para la implementación del RSI (2005), por lo que las necesidades de los grupos vulnerables no han sido abordadas.

10. En el proceso de diseño del Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, el Ministerio de Salud, no hizo partícipes a otras partes interesadas en la delimitación, enunciación y estructuración del problema público; sin embargo, en el proceso de elaboración del Plan Estratégico Multisectorial para la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, se ha logrado trabajar de manera conjunta entre dieciséis ministerios, la participación de representantes de gobiernos regionales, locales, organizaciones civiles, instituciones académicas y profesionales.
11. Actualmente, existen recursos financieros destinados a la mejora de las capacidades de laboratorio (infraestructura, equipamiento, entre otros) de manera articulada en todos los niveles de gobierno y para asegurar su adecuado funcionamiento, así como, su operación y mantenimiento, se ha requerido inicialmente el compromiso de los gobiernos subnacionales, sin embargo, también se necesita un seguimiento continuo del cumplimiento de los citados compromisos.
12. Si bien se ha asignado recursos a la capacidad de laboratorios a niveles nacional y subnacional, se encuentra pendiente la asignación de los recursos necesarios para el mejoramiento de las demás capacidades del RSI (2005) considerando a todas las partes interesadas y a los grupos vulnerables, lo cual requiere del fortalecimiento de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente encargada del seguimiento de la implementación de las capacidades básicas del RSI (2005).
13. En el seguimiento y evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y del Pesem del Sector Salud no se están evaluando todos los indicadores establecidos.
14. El desarrollo de los cuestionarios o instrumentos de autoevaluación proporcionados por la OMS; para realizar el seguimiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI no exigen la presentación de documentos que sustenten lo señalado por los funcionarios que participan de dicho proceso.

10 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. Evaluar la pertinencia y necesidad de desarrollar acciones estratégicas para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005) en el instrumento de planeamiento Sectorial.
2. Desarrollar los marcos normativos y de políticas para el mejoramiento de las capacidades básicas del RSI (2005) acorde a la nueva realidad nacional y alineado a los instrumentos de planificación estratégica de cada sector; así como realizar las acciones necesarias para asegurar el financiamiento necesario.
3. Retomar la realización de reuniones mensuales de la Comisión Multisectorial Naturaleza Permanente para el seguimiento del “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y Respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)” con la finalidad de impulsar la articulación y coordinación de los diferentes sectores involucrados en la implementación del RSI (2005), de acuerdo a lo señalado en su reglamento interno.
4. Desarrollar y alinear en coordinación con el Servicio Nacional de Sanidad Agraria, las políticas y lineamientos para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas a nivel nacional.
5. Evaluar la actualización o elaboración de un plan de mejoramiento que aborde las brechas identificadas en cada una de las capacidades básicas establecidas en el RSI (2005), y que dicho proceso de actualización se evalúe la posibilidad de hacer partícipes a las diversas partes interesadas (sociedad civil, academia, sector privado), así como abordar las necesidades de los grupos vulnerables.
6. Brindar las disposiciones necesarias al INS, para que se asegure el cumplimiento de los compromisos asumidos por los gobiernos subnacionales, en el marco de la ejecución del Proyecto de Inversión Pública “Mejoramiento y ampliación de los servicios brindados por el sistema nacional de vigilancia en salud pública 25 departamentos”
7. Realizar un seguimiento oportuno al Proyecto de Inversión Pública “Mejoramiento y ampliación de los servicios brindados por el sistema nacional de vigilancia en salud pública 25 departamentos”; así como, al cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto Legislativo n.º 1504 para lograr el fortalecimiento del INS.
8. Reforzar el proceso de seguimiento y evaluación de las políticas y planes de salud (Política Nacional Multisectorial al 2030 y Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud), para poder identificar aquellos objetivos que no lograron alcanzar los resultados esperados, con la finalidad de aplicar las correspondientes acciones correctivas.
9. Evaluar la aplicación de otro componente de seguimiento y evaluación del RSI (2005), el cual podría ser: La evaluación externa conjunta, los exámenes posteriores a la acción, o los ejercicios de simulación; con la finalidad de obtener información más objetiva sobre las capacidades básicas actuales.

10. Mejorar la aplicación del instrumento de autoevaluación del RSI, el cual debe incluir documentos probatorios sobre el estado actual de las capacidades básicas, con la finalidad de una vez concluido el proceso, y en coordinación con todos los integrantes de la Comisión Multisectorial del RSI (2005) elaboren o actualicen el Plan de mejoramiento de capacidades básicas, incluyendo los puntos de entrada.

Al Servicio Nacional de Sanidad Agraria del Perú

1. Desarrollar y alinear en coordinación con el Ministerio de Salud, las políticas y lineamientos para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas a nivel nacional.
2. Establecer los mecanismos necesarios para la realización del monitoreo y fiscalización de las 6 enfermedades zoonóticas priorizadas a nivel nacional.

Lima, 16 setiembre de 2022.

Rolando Bruno Bernaola Muñoz
Supervisor

José Luis Valenzuela Ortiz
Jefe de Comisión

AL GERENTE DE PREVENCIÓN Y AUDITORÍA DE DESEMPEÑO

El Subgerente de la Subgerencia de Auditoría de Desempeño, ha revisado y aprobado el presente Informe de Auditoría de Desempeño y sus anexos; verificando que ha sido elaborado conforme a la Directiva de Auditoría de Desempeño y el Modelo de Auditoría de ODS de la IDI (ISAM), por lo cual, suscribe y eleva a su Despacho para su trámite correspondiente.

Armando Ernesto Olarte Guerrero
Subgerente de Auditoría de Desempeño

Bibliografía

- Abellán A., Aceituno P., Allende A., de Andrés A., Arenillas A., Bartomeus F., Bastolla U., Benavides J., Cabal B., Castillo A., Chica A., Chinner A., Coderch M., Comas I., Cuervo T., de Damborenea J., Domingo-Calap P., Durán M., Etxabe J., Fernández A., Fernández C., Fernández I., Figueras A., Giménez E., Gonzáles D., Grau A., Hendriks I., Juste F., Lafuente A., Lloret L., López de Alda M., Maira J., Manrubia S., Marco M., Martí E., Martínez P., Cruz M., Montoya M., Moreno-Arribas M., Navas M., Nogales A., Novoa B., Oteiza I., Pérez de Arenaza C., Planas A., Postigo C., Prieto C., Pujol R., Ramasco J., Ramiro D., Revuelta J., Ribeiro A., Rodríguez M., Rodríguez V., Rodríguez-Tarduchy G., Rubio V., Ruiz-Mantecón A., Sánchez G., Sanz A., Vilà M., Zúñiga S. (2021). Una visión global de la pandemia COVID-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. DOI: 10.20350/digitalCSIC/12596
- Bascolo E, Houghton N, del Riego A and Fitzgerald J. A renewed framework for the Essential Public Health Functions in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.119>
- Cejudo G. y Michel C. (2016). Coherencia y políticas públicas: Metas, instrumentos y poblaciones objetivo. *Gestión y política pública*, 25(1), 03-31.
- Cortés M. (2021). La pandemia de COVID-19: importancia de estar alerta ante las zoonosis. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 151-156. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3451>
- Gozzer E., Canchihuamán F. y Espinoza R. (2020). Covid-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 37(2), 3. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5410>
- Gozzer E. Lecciones que se pueden aprender de la pandemia: una mirada desde la salud pública. *Revista Médica Herediana* [Internet]. 6jul.2022 [citado 19jul.2022];33(2):77-0. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4240>
- Kentikelenis A. y Seabrooke L. (2021). Organizar el conocimiento para prevenir las crisis sanitarias mundiales: un análisis comparativo de los indicadores de preparación ante una pandemia. *BMJ Global Health*. <https://gh.bmj.com/content/6/8/e006864.abstract>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan de Contingencia para responder ante la Emergencia por Covid-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19.pdf>
- Ministerio de Ciencia e Innovación – España. (2020). Una visión global de la pandemia COVID-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC. https://www.csic.es/sites/default/files/informe_cov19_pti_salud_global_csic_v2_1.pdf
- Muñoz, Fernando, López-Acuna, Daniel, Halverson, Paul, Guerra de Macedo, Carlyle, Hanna, Wade, Larrieu, Mónica, Ubilla, Soledad, Zeballos, Jose Luis. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8788?locale-attribute=es>
- World Health Organization. (2022). Instrumento de Autoevaluación para la Presentación Anual de Informes de los Estados Partes. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/RSI/docs/InstrumentoRSI%202018.pdf>
- World Health Organization. (2008). Reglamento sanitario internacional (2005). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf

Glosario

- **Centro Nacional de Enlace para el RSI:** centro nacional, designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI previstos en el Reglamento
- **Emergencia de salud pública de importancia internacional:** un evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento, se ha determinado que: i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada
- **Enfermedad transmisible o enfermedad infecciosa:** Enfermedad debida a agentes infecciosos específicos o sus productos tóxicos, que aparece por transmisión de dichos agentes o sus productos de personas, animales o reservorios infectados a huéspedes susceptibles, sea directa o indirectamente, a través de plantas o animales huésped, vectores u objetos inanimados (Last JM, Spasoff RA, Harris SS, ed. A dictionary of epidemiology. Cuarta edición. Nueva York, Oxford University Press, 2001).
- **Estados Miembros (OMS):** Los 194 Estados que actualmente son miembros de la OMS de conformidad con el capítulo III de la Constitución de la Organización y que se enumeran en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/ihr/>, consultado el 2 de abril de 2018) y cualquier Estado que en lo sucesivo pueda venir a ser miembro de la OMS de acuerdo con dicha Constitución
- **Estados Parte:** Los 194 Estados Miembros de la OMS que se enumeran en el RSI (2005) (véase el sitio web: <http://www.who.int/ihr/>, consultado el 2 de abril de 2018), más la Santa Sede y Liechtenstein, y cualquier Estado que en lo sucesivo pueda venir a ser parte en el RSI (2005) de conformidad con lo dispuesto en el propio Reglamento y en la Constitución de la OMS.
- **Evento:** manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno
- **Intersectorialidad:** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan las determinantes y el estado de salud de la población.
- **Legislación:** Diferentes instrumentos gubernamentales jurídicos, administrativos y de otra índole que pueden estar a disposición de los Estados Parte para aplicar el RSI (2005). Entre ellos puede haber instrumentos jurídicamente vinculantes, como constituciones, leyes, decretos, órdenes, reglamentaciones y ordenanzas; instrumentos no vinculantes jurídicamente, como directrices, normas, reglas de funcionamiento, y reglas o procedimientos administrativos; e instrumentos de otro tipo, como protocolos, resoluciones y acuerdos multisectoriales o interministeriales. Abarca la legislación en todos los sectores relevantes, como salud, agricultura, transporte, medio ambiente, puertos y aeropuertos, y todos los niveles de gobierno en los que sea aplicable, es decir, nacional, intermedio o comunitario (primario).
- **Políticas Públicas:** Es la norma o conjunto de normas que existen sobre una determinada problemática, así como el conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo concreto. Pero también se refiere a procesos, decisiones y resultados, pero sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, entre diferentes racionalidades organizativas y de acción, y entre diferentes perspectivas
- **Políticas Nacionales:** Constituyen decisiones de política a través de las cuales se prioriza un conjunto de objetivos y acciones para resolver un determinado problema público de alcance nacional y sectorial o multisectorial en un periodo de tiempo
- **Política Multisectorial:** Se refiere al subconjunto de políticas nacionales que buscan atender un problema o necesidad que requiere para su atención integral la intervención articulada de más de un sector bajo el ámbito de competencia de dos o más ministerios
- **Política Sectorial:** Se refiere al subconjunto de políticas nacionales que afecta una actividad económica y social específica pública o privada. Cuenta con un ministerio rector

- **Punto de entrada:** paso para la entrada o salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida
- **Punto de Contacto de la OMS para el RSI:** Unidad de la OMS con la que se podrá establecer contacto en cualquier momento para la comunicación con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI
- **Riesgo:** Situación en la que hay una probabilidad de que el uso o la exposición a un agente o a un producto contaminado tenga consecuencias negativas para la salud o cause la muerte.
- **Riesgo para la salud pública:** Probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, en el caso del RSI (2005) considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo para la comunidad internacional.
- **Salud Pública:** La ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante actividades organizadas de la sociedad. Es una combinación de ciencias, aptitudes y creencias dirigida a mantener y mejorar la salud de todas las personas mediante acciones colectivas o sociales. Sus objetivos son reducir la carga de morbilidad, las muertes prematuras y las molestias y discapacidades causadas a la población por las enfermedades (resumido de Last JM, Spasoff RA, Harris SS, ed. A dictionary of epidemiology. Cuarta edición. Nueva York, Oxford University Press, 2001).
- **Sectores Pertinentes:** Ministerios y organismos que son fundamentales para una esfera técnica. En función del país y de la esfera técnica, pueden ser los sectores de la salud humana, la sanidad animal, la agricultura, el medio ambiente, la inocuidad de los alimentos, las finanzas, el transporte, el comercio y los puertos de entrada, la seguridad química, la seguridad nuclear, la gestión de los desastres, los servicios de emergencias, los organismos de reglamentación y los medios de comunicación. Los sectores y organismos responsables de determinados aspectos de la esfera técnica, pero que no son fundamentales, como las partes interesadas del sector privado (por ejemplo, la industria y las asociaciones médicas o de agricultores) y el mundo universitario, pueden incluirse según sea necesario
- **Una salud:** En el contexto del Marco de seguimiento y evaluación del RSI, el enfoque «Una salud» significa la inclusión de información, conocimientos técnicos, perspectivas y experiencia nacionales, procedentes de todos los sectores, necesarios para las valoraciones, evaluaciones y presentación de informes.
- **Vigilancia:** compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente
- **Zoonosis:** Infección o enfermedad que es transmisible entre los animales y los humanos.

Anexos

Anexo n.º 1: Definición de las Capacidades Básicas del RSI (2005)

1. Legislación y financiación

Los Estados Parte deberán contar con un marco jurídico alineado en todos los sectores pertinentes para apoyar y facilitar la aplicación efectiva y eficaz de todas las obligaciones y derechos que les corresponden en virtud del RSI (2005). En algunos Estados Parte la aplicación del RSI (2005) puede requerir nueva legislación o modificar la legislación existente. Incluso cuando no se requiera nueva legislación o revisar la legislación existente en el sistema jurídico de un Estado Parte, puede que los Estados Parte decidan revisar algunas leyes, reglamentos u otros instrumentos para facilitar su aplicación y mantenimiento de un modo más eficiente, efectivo o beneficioso.

La legislación puede servir para institucionalizar y fortalecer la función del RSI (2005) en el Estado Parte. Asimismo, puede facilitar la coordinación entre las diferentes entidades que participan en su aplicación.

El RSI (2005) debería servir para institucionalizar, mediante marcos legislativos, funciones esenciales de salud pública que permitan sustentar el proceso continuo de preparación para responder a eventos de salud pública. Esto podría incluir una vía reglamentaria para la investigación en emergencias, la concesión de licencias, la autorización de comercialización de productos y los procedimientos de adquisición durante emergencias sanitarias y pandemias.

Los Estados Parte deben garantizar una aportación financiera suficiente para la aplicación de las capacidades requeridas en el RSI (2005) a través del proceso presupuestario nacional. El presupuesto es un resumen pormenorizado de los ingresos y gastos previstos de un país durante un determinado periodo, generalmente un ejercicio anual, mientras que la financiación y la aportación financiera se refieren al dinero que un gobierno u organización proporciona para un determinado fin. En otras palabras, el presupuesto remite a la planificación y la financiación remite a la cantidad concreta facilitada.

2. Coordinación del RSI (2005) y funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI

Para establecer y mantener las capacidades del RSI (2005) se requiere la colaboración de todos los sectores y ministerios pertinentes, organismos u otros órganos gubernamentales encargados de todos los aspectos relativos a la aplicación de las capacidades a nivel nacional, regional y local. En función del país y la capacidad, en todos los sectores pertinentes pueden incluirse –además de la salud humana– la sanidad animal, la agricultura, el medio ambiente, la inocuidad de los alimentos, la ganadería, las pesquerías, las finanzas, el transporte, el comercio/puntos de entrada, los viajes, la seguridad química y radiológica, la gestión de desastres, los servicios de emergencias, los organismos de reglamentación, el trabajo, la educación, las relaciones exteriores, los tratados y convenios internacionales y los medios de comunicación.

Pueden incluirse también sectores y organismos responsables de aspectos que no son fundamentales en relación con diferentes capacidades, por ejemplo, las partes interesadas del sector privado (la industria, las asociaciones médicas, las asociaciones de agricultores) y el mundo universitario. En este enfoque multisectorial es fundamental reconocer que los riesgos para la salud humana pueden proceder de fuentes diversas, como otros seres

humanos, animales domésticos/ganado, flora y fauna silvestre, alimentos, productos químicos y/o radiaciones. Por tanto, todos los sectores pertinentes deberían contar con capacidad de prevención, detección, presentación de informes y respuesta ante eventos o riesgos para la salud pública.

El Centro Nacional de Enlace designado por cada Estado Parte es la entidad nacional responsable de comunicarse con los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI. Dicho Centro deberá ser accesible en todo momento para comunicarse con el Punto (o Puntos) de Contacto de la OMS para el RSI y con todos los sectores pertinentes y otras partes interesadas del país. Los Estados Parte deben dotar a su Centro Nacional de Enlace de los recursos necesarios (personal competente, financiación adecuada y nivel de atribuciones) para cumplir las funciones que se les exigen en el RSI (2005). Asimismo, deben facilitar a la OMS información detallada sobre la forma de enlazar con su Centro Nacional de Enlace, información que será actualizada de forma continua y confirmada anualmente.

3. Eventos Zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales

Se dispone de mecanismos y procedimientos normalizados en todos los sectores pertinentes, especialmente los que se ocupan de la salud humana y la sanidad animal, para garantizar la continuidad de la coordinación operacional en la preparación, planificación, vigilancia y respuesta a enfermedades zoonóticas y otros eventos sanitarios existentes o emergentes en la interfaz entre los seres humanos y los animales, la colaboración funcional y la adopción del enfoque multisectorial «Una salud».

Esta capacidad incluye la aptitud del país para prepararse ante problemas sanitarios en la interfaz entre los seres humanos y los animales que quizá en la actualidad no se consideren «zoonosis», prevenirlos e identificarlos, efectuar evaluaciones de riesgos conexas y presentar informes al respecto. Por ejemplo, las enfermedades que circulan entre los animales que puede que no sean zoonosis conocidas, pero tienen características que apuntan decididamente hacia alguna posible amenaza zoonótica futura que requiera una evaluación multisectorial del posible riesgo zoonótico.

Asimismo, la investigación sobre la epidemiología de una nueva enfermedad detectada en los seres humanos debe incluir la consideración de un posible origen en el ganado o la fauna silvestre.

4. Inocuidad de los Alimentos

Los Estados Parte tienen capacidad para la detección oportuna, investigación y respuesta ante eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos que puedan provocar enfermedades de transmisión alimentaria y/o contaminación de alimentos y constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional, a través de la colaboración entre las autoridades pertinentes a nivel nacional y a través de la pertenencia activa a la red INFOSAN. La inocuidad de los alimentos es multisectorial por naturaleza y los organismos o sectores que se ocupan de la detección, investigación y respuesta a una emergencia en ese ámbito varían de un Estado Parte a otro.

5. Laboratorio

La capacidad de laboratorio forma parte de la vigilancia, preparación y respuesta. Asimismo, incluye la detección, investigación y respuesta, ya que el análisis de muestras en laboratorio se lleva a cabo en el ámbito nacional o mediante una derivación internacional a centros colaboradores, por ejemplo. Los Estados Parte deben mantener mecanismos que aseguren:

el envío de muestras a los laboratorios de referencia adecuados; pruebas de laboratorio fiables y oportunas; la caracterización de los agentes infecciosos y otros peligros susceptibles de provocar emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional; y el intercambio oportuno de los resultados.

6. Vigilancia

En el RSI se prescribe la rápida detección de los riesgos para la salud pública de origen biológico, químico y radiactivo, así como la evaluación, notificación y respuesta ante dichos riesgos. A tal fin, se necesita un sistema de vigilancia sensible, en particular en los puntos de entrada, para garantizar la función de alerta temprana y facilitar información para el proceso de adopción de decisiones fundamentadas durante eventos de salud pública y emergencias. Esto implica un enfoque desde una perspectiva multilateral y de un sistema sanitario integrado, incluyendo sistemas de vigilancia centinela y seguimiento de contactos durante una emergencia sanitaria.

7. Recursos Humanos

Se han establecido estrategias que garantizan la disponibilidad de una fuerza de trabajo multisectorial capacitada que posibilite la detección temprana, la prevención, preparación y respuesta ante posibles eventos de importancia internacional a todos los niveles de los sistemas de salud, según se requiere en el RSI. La disponibilidad y accesibilidad de una fuerza de trabajo de calidad es crucial para reforzar la resiliencia de las comunidades y para la continuidad de los servicios de salud.

8. Marco nacional para las emergencias sanitarias.

Esta capacidad se centra en el marco y sistemas nacionales generales para las emergencias sanitarias que permiten a los países estar preparados y operativos para responder a cualquier evento de salud pública, en particular emergencias, según se prescribe en el RSI. Garantizar que se cuenta con planes basados en riesgos para la preparación y respuesta a las emergencias, estructuras robustas de gestión de emergencias y capacidad de movilización de recursos durante una emergencia es crucial para responder con prontitud a las emergencias de salud pública y capacidad de reacción para eventos importantes y pandemias.

9. Prestación de servicios de salud

Los sistemas nacionales de salud resilientes y la prestación de servicios de salud a nivel intermedio y local son esenciales para que los países prevengan, detecten y respondan a eventos de salud pública, y se recuperen de ellos. Especialmente en las emergencias, los servicios de salud deberían garantizar las capacidades para atender clínicamente los casos relacionados con el evento en cuestión, además de prestar los servicios de salud habituales.

A fin de reducir al mínimo el riesgo de que la transmisión continúe, en la atención clínica se deberían respetar en todo momento las prácticas óptimas de prevención y control de infecciones. Los proveedores de atención de salud deberían garantizar: las prácticas óptimas de prevención y control de infecciones con un programa adecuado de agua, saneamiento e higiene, la gestión segura de los desechos y la descontaminación de las sustancias potencialmente peligrosas, en particular la descontaminación química y radio-nuclear; y un sistema de derivación que funcione correctamente.

10. Comunicación de Riesgos

La comunicación de riesgos es el intercambio en tiempo real de información, consejos y opiniones entre expertos o funcionarios y la población que se enfrenta a una amenaza o peligro para su supervivencia, salud o bienestar económico o social. Su finalidad última es hacer posible que toda persona que esté en riesgo pueda tomar decisiones fundamentadas para mitigar los efectos de la amenaza o peligro, como un brote de enfermedad, y tomar medidas de protección y prevención.

La comunicación de riesgos consiste en una mezcla de estrategias de comunicación y participación basadas en un sistema sostenible con recursos específicos para apoyar la realización de intervenciones en los ámbitos de la comunicación, sea pública o en los medios y las redes sociales, la movilización social, la promoción de la salud, la educación sanitaria, la participación de la comunidad y la investigación operativa y formativa, tanto durante las emergencias sanitarias como antes y después de ellas. Esto podría incluir la gestión de la percepción del riesgo, conocimientos, actitudes y el comportamiento de las poblaciones y de las infodemias.

11. Puntos De Entrada

“Punto de entrada” se define en el RSI como un paso para la entrada o salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida. Los Puntos de Entrada constituyen una parte integral de los sistemas de vigilancia y respuesta y sirven de apoyo a las funciones de salud pública de un país. Los factores que deben tenerse en cuenta al designar PE para el fomento de las capacidades del RSI se recogen en la introducción del documento de la OMS sobre la capacidad básica necesaria en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados.

12. Eventos Químicos

Los eventos químicos, en particular las emergencias por incidentes tecnológicos, desastres naturales, eventos deliberados, y alimentos y productos contaminados, son frecuentes y ocurren en todo el mundo. En la presente sección se describen los recursos para la detección y la alerta. En las secciones anteriores pertinentes se han incorporado otras capacidades, por ejemplo, las relativas a legislación y políticas, la planificación de la preparación y respuesta ante eventos químicos, incluidas las emergencias, y la coordinación estratégica.

Es importante destacar que algunas de las responsabilidades correspondientes a estas capacidades recaen en sectores ajenos al de la salud, como los del medio ambiente, trabajo, agricultura, protección civil, transporte y aduanas. La coordinación y colaboración entre esos sectores es, por consiguiente, importante para garantizar la detección oportuna y la respuesta eficaz ante posibles riesgos y/o eventos químicos.

13. Emergencias Radiológicas

Las emergencias radiológicas y accidentes nucleares, designados como “emergencias por radiación”, son eventos poco frecuentes, pero cuyas consecuencias, en función de la escala del evento, pueden ser desde menores a catastróficas. La gestión de eventos importantes puede ser agotadora en cuanto al uso de recursos y a la capacidad humana, y sus consecuencias pueden durar décadas. La respuesta a dichas emergencias es multisectorial y requiere: infraestructuras y conocimientos técnicos específicos, diferentes de los

necesarios para responder a brotes; el apoyo de legislación específica; y coordinación intersectorial.

En la mayoría de los países, la competencia y responsabilidad de la respuesta a emergencias por radiación incumben a autoridades diferentes de las autoridades sanitarias nacionales. Por tanto, se requiere la coordinación entre las autoridades radio nucleares nacionales, el sector de la salud y otros sectores (por ejemplo, servicios meteorológicos, protección ambiental, comercio y viajes, servicios encargados de la aplicación de la ley, etc.) en todas las fases de preparación, vigilancia, respuesta y gestión de las consecuencias a largo plazo tras las emergencias por radiación.

Las capacidades básicas pertinentes son diferentes para países con perfiles de riesgo distintos, es decir, las capacidades básicas necesarias en los países que hacen un uso limitado de fuentes radiactivas diferirán de las necesarias en países con tecnologías nucleares en la industria, la medicina y la investigación.

Las normas internacionales de seguridad radiológica publicadas por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y copatrocinadas por la OMS y otras organizaciones internacionales ofrecen orientaciones sobre las prescripciones genéricas para la preparación y respuesta a emergencias radiológicas y accidentes nucleares.

Anexo n.º 2: Ranking de los Países con mayor Resiliencia ante Covid-19

| Nº | ECONOMÍA | PUNT | I.1 | I.2 | I.3 | I.4 | I.5 | I.6 | I.7 | I.8 | I.9 | I.10 | I.11 |
|----|------------------------|------|-------|-----|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|------|------|
| 1 | Corea del Sur | 80.9 | 244 | 14 | -50.10% | 438.5 | 502 | 0.20% | 476 | 5.90% | 2.70% | 89 | 0.92 |
| 2 | Emiratos Árabes Unidos | 80.7 | 268.5 | 30 | -20% | 438.5 | 336 | 0% | 232 | 14.50% | 5.60% | 63 | 0.89 |
| 3 | Irlanda | 80.5 | 223.4 | 11 | -6.90% | 438.5 | 506 | 0.50% | 1,469 | -4.20% | 3.80% | 90 | 0.96 |
| 4 | Noruega | 80.1 | 211.7 | 11 | -2.40% | 438.5 | 224 | 2.10% | 602 | -4.90% | 3.70% | 94 | 0.96 |
| 5 | Arabia Saudita | 79.8 | 190.5 | 25 | -12.60% | 436.5 | 74 | 0.40% | 254 | 17.70% | 7.60% | 64 | 0.85 |
| 6 | Dinamarca | 79 | 227.2 | 11 | -17.10% | 438.5 | 496 | 0.70% | 1,109 | -2.50% | 3% | 84 | 0.94 |
| 7 | Canadá | 78.8 | 229.3 | 19 | -15.50% | 437.5 | 158 | 0.90% | 1,082 | -4.80% | 3.80% | 90 | 0.93 |
| 8 | Países Bajos | 78.6 | 203 | 16 | -11.10% | 439.5 | 498 | 0.10% | 1,311 | -7.40% | 3% | 90 | 0.94 |
| 9 | Australia | 78.1 | 234.2 | 14 | -16.20% | 436.5 | 3,216 | 0.10% | 376 | -6.60% | 4% | 89 | 0.94 |
| 10 | Turquía | 77.3 | 176.8 | 14 | -8.20% | 436.5 | 31 | 0.40% | 1,156 | 14.90% | 3.30% | 69 | 0.82 |
| 11 | Suiza | 77.2 | 183 | 11 | -18.40% | 438.5 | 670 | 0.10% | 1,583 | -11% | 2.50% | 93 | 0.96 |
| 12 | Colombia | 76.7 | 170.3 | 20 | 15.50% | 437.5 | 93 | 0.60% | 2,712 | 20.70% | 4.80% | 74 | 0.77 |
| 13 | Chile | 76 | 303.7 | 25 | -19.90% | 437.5 | 1,421 | 0.40% | 2,934 | 15% | 2.10% | 74 | 0.85 |
| 14 | Singapur | 75.6 | 249.7 | 32 | -48.10% | 439 | 2,255 | 0% | 264 | -8.80% | 3.90% | 92 | 0.94 |
| 15 | Bélgica | 75.2 | 222.6 | 21 | -16.20% | 438.5 | 550 | 0.30% | 2,744 | -5.10% | 2.30% | 87 | 0.93 |
| 16 | Israel | 74.8 | 197.3 | 15 | -24.30% | 438.5 | 1,917 | 0.10% | 1,149 | -10% | 5% | 81 | 0.92 |
| 17 | Francia | 74.7 | 227.4 | 19 | -13.80% | 438.5 | 1,865 | 0.10% | 2,292 | -7.60% | 2.60% | 91 | 0.9 |
| 18 | Vietnam | 74.6 | 235.7 | 26 | 3% | 435.5 | 28 | 0% | 434 | 1.10% | 6.80% | 60 | 0.7 |
| 19 | Italia | 74.5 | 231.7 | 19 | -6.40% | 438.5 | 1,496 | 0.20% | 2,841 | -6.70% | 2.80% | 89 | 0.89 |
| 20 | Suecia | 74.4 | 218 | 11 | -26.10% | 438.5 | 73 | 2.70% | 1,782 | -8.50% | 2.60% | 90 | 0.95 |
| 21 | España | 74.3 | 215.8 | 28 | -8.20% | 438.5 | 747 | 0.40% | 2,265 | -11.40% | 4.40% | 90 | 0.9 |
| 22 | Reino Unido | 74.2 | 222.7 | 11 | -15% | 438.5 | 547 | 0.90% | 2,663 | -16.30% | 3.60% | 88 | 0.93 |
| 23 | Alemania | 74.2 | 219.6 | 18 | -26.30% | 437.5 | 2,006 | 0.20% | 1,691 | -8.30% | 1.80% | 86 | 0.95 |
| 24 | Grecia | 74.1 | 196.8 | 24 | 7.60% | 438.5 | 1,707 | 0.40% | 2,838 | 3.80% | 3.50% | 80 | 0.89 |
| 25 | Portugal | 73.9 | 236.8 | 14 | -1.30% | 438 | 5,179 | 0.20% | 2,340 | 1.60% | 5.60% | 84 | 0.86 |
| 26 | Finlandia | 73.8 | 220.1 | 27 | -34.50% | 438.5 | 748 | 0.60% | 873 | -14.30% | 1.80% | 91 | 0.94 |
| 27 | Argentina | 73.2 | 232.4 | 28 | -28.80% | 437.5 | 407 | 0.30% | 2,788 | 18.90% | 2.80% | 61 | 0.85 |
| 28 | México | 71.8 | 163.7 | 18 | 6.30% | 437.5 | 156 | 0.90% | 2,502 | 16% | 1.80% | 61 | 0.78 |
| 29 | Polonia | 71.8 | 143.8 | 15 | -5.30% | 435.5 | 16 | 2.40% | 3,080 | 8.80% | 4.50% | 73 | 0.88 |
| 30 | Japón | 71.4 | 225.9 | 38 | -31.80% | 295.5 | 373 | 0.10% | 249 | -6.80% | 1.80% | 96 | 0.92 |
| 31 | República Checa | 71.3 | 165.2 | 15 | -40.30% | 438.5 | 89 | 0.50% | 3,757 | 1.80% | 2.10% | 82 | 0.9 |
| 32 | Austria | 71 | 206.9 | 35 | -16.90% | 438.5 | 1,605 | 0.20% | 2,227 | -13.60% | 3.90% | 86 | 0.92 |
| 33 | Tailandia | 70.2 | 199.9 | 30 | -52.90% | 437.5 | 105 | 0.60% | 437 | -0.90% | 3.50% | 72 | 0.78 |
| 34 | Bangladesh | 70 | 167.7 | 34 | -1.20% | 434 | 8 | 0.10% | 174 | — | 6.40% | 54 | 0.63 |
| 35 | Nueva Zelanda | 69.5 | 218.6 | 16 | -28.20% | 258.5 | 3,383 | 0.20% | 279 | -0.10% | 3.20% | 83 | 0.93 |
| 36 | Estados Unidos | 69.4 | 180.1 | 27 | -7% | 438.5 | 928 | 0.50% | 3,048 | -15.70% | 2.60% | 82 | 0.93 |
| 37 | Malasia | 69.3 | 216.2 | 45 | -48.60% | 437.5 | 169 | 0.20% | 1,080 | -2.60% | 6.20% | 67 | 0.81 |
| 38 | Brasil | 69.1 | 213.4 | 33 | -10.30% | 438.5 | 554 | 0.50% | 3,135 | 14% | 1% | 65 | 0.77 |
| 39 | India | 69 | 143.1 | 37 | -0.40% | 436 | 18 | 1% | 374 | 14.40% | 8.70% | 47 | 0.65 |
| 40 | Irán | 66.8 | 178.2 | 53 | -12.40% | 436.5 | 6 | 1.60% | 1,647 | — | 3% | 70 | 0.78 |
| 41 | Irak | 66.5 | 46.3 | 35 | -22.60% | 434.5 | 31 | 0.30% | 597 | — | 9.50% | 58 | 0.67 |
| 42 | Egipto | 66.4 | 88.4 | 41 | 1.40% | 435 | 0 | 2.90% | 236 | 20% | 5.50% | 55 | 0.71 |
| 43 | Rumania | 66.4 | 87.1 | 11 | -0.30% | 437.5 | 58 | 1.10% | 3,402 | -7.30% | 3% | 70 | 0.83 |
| 44 | Indonesia | 65.2 | 154.5 | 34 | -25.90% | 437.5 | 10 | 2.40% | 570 | 10% | 5.20% | 49 | 0.72 |

| N° | ECONOMÍA | PUNT | I.1 | I.2 | I.3 | I.4 | I.5 | I.6 | I.7 | I.8 | I.9 | I.10 | I.11 |
|----|-----------|------|-------|-----|---------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|------|------|
| 45 | Sudáfrica | 64.4 | 61.7 | 30 | -34.20% | 435.5 | 66 | 0.60% | 1,666 | 15.20% | 2% | 60 | 0.71 |
| 46 | Perú | 64.2 | 229.1 | 44 | -24.50% | 435.5 | 109 | 1.80% | 6,248 | 14.90% | 2.80% | 76 | 0.78 |
| 47 | Nigeria | 63.3 | 22.5 | 30 | 66% | 433.5 | 0 | 0.10% | 15 | — | 3% | 38 | 0.54 |
| 48 | Filipinas | 62 | 139.6 | 30 | -24.30% | 435 | 10 | 6.10% | 542 | 12% | 7% | 55 | 0.72 |
| 49 | Hong Kong | 60.8 | 237.8 | 45 | -85.70% | 317 | 376 | 1.90% | 1,268 | -7.50% | 1% | — | 0.95 |
| 50 | Pakistán | 58.2 | 127.6 | 43 | -51.50% | 434 | 2 | 0.40% | 134 | — | 4.50% | 39 | 0.56 |
| 51 | China | 54.7 | 240.7 | 79 | -17.80% | 197 | 0 | 0.10% | 4 | -22% | 4.20% | 70 | 0.76 |
| 52 | Taiwán | 54 | 244.3 | 27 | -67.60% | 196 | 7,826 | 0.20% | 272 | -20.20% | 3.40% | 79 | 0.92 |
| 53 | Rusia | 52.2 | 115.5 | 23 | -11.60% | 295.5 | 69 | 2.10% | 2,566 | -12.40% | -9.70% | 69 | 0.82 |

Anexo n.º 3: Descripción de los Indicadores del Ranking de Resiliencia al Covid

| INDICADOR | Código | DESCRIPCION | FUENTE |
|--|--------|--|---|
| PUNTAJE DE RESILIENCIA AL COVID DE BLOOMBERG | P | El puntaje de resiliencia es un promedio de los puntajes de los 11 indicadores de la derecha, ponderados por igual. Es relativo al desempeño de otras economías en el momento dado. La puntuación de un lugar no debe compararse de forma aislada con su puntuación anterior. | Bloomberg News |
| TK* | I.1 | Dosis de vacunas Covid administradas por cada 100 personas Fuente: | Bloomberg News |
| SEVERIDAD DEL CONFINAMIENTO | I.2 | Una puntuación alta indica que la política y la orientación del gobierno restringen estrictamente la actividad social y económica. Significa que las personas están experimentando una mayor interrupción en sus vidas, lo que resulta en una clasificación más baja. | Oxford University |
| TK** | I.3 | Cambio porcentual en la capacidad de vuelos programados en las últimas cuatro semanas en comparación con el mismo período antes de la pandemia. | OAG |
| TK*** | I.4 | Una puntuación derivada del número de rutas de viaje abiertas, tanto de ida como de vuelta, que un lugar tiene con el resto del mundo para los viajeros internacionales vacunados. Las rutas en las que es posible viajar gratis en cuarentena cuentan como una ruta completa, mientras que aquellas con cuarentena requerida cuentan como la mitad. | Sherpa, Bloomberg News |
| CASOS EN UN MES POR 100.000 HABITANTES | I.5 | Casos de Covid por cada 100000 personas en el último mes. | Johns Hopkins University |
| TASA DE LETALIDAD POR CASOS EN UN MES | I.6 | Muertes por Covid como porcentaje de casos en los últimos tres meses. | Johns Hopkins University |
| MUERTES TOTALES POR MILLÓN | I.7 | Muertes por Covid por millón de personas desde el estallido de la pandemia. | Johns Hopkins University |
| MOVILIDAD COMUNITARIA | I.8 | Movimiento de personas a oficinas y espacios comerciales en comparación con una línea de base previa a la pandemia en el último mes. Cuanto menor sea la caída en el movimiento, menos interrupciones experimentarán las personas y mayor será la clasificación. | Johns Hopkins University |
| PROYECCIONES DE CRECIMIENTO DEL PIB EN 2022 | I.9 | Previsión de variación interanual del PIB para 2022. | Bloomberg surveys, International Monetary Fund |
| COBERTURA DE SALUD UNIVERSAL | I.10 | La fortaleza de un sistema de atención médica, derivada de la eficacia de 23 aspectos de la cobertura de salud, que van desde medidas preventivas como vacunas infantiles hasta el tratamiento de enfermedades graves como el cáncer. | Institute for Health Metrics and Evaluation |
| ÍNDICE DE BIENESTAR HUMANO | I.11 | Bienestar de una población definida por tres medidas, esperanza de vida, acceso a la educación, ingreso per cápita. | United Nations Development Programme |

Anexo n.º 4: Breve resumen del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y el informe de avance de metas

El citado Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021⁷⁶, se sustentó en normas y políticas nacionales e internacionales, como el Reglamento Sanitario Internacional (2005), por lo cual, dentro de las 7 dimensiones prioritarias, se estableció la de “Salud Pública en emergencia y desastres”, como el espacio de acción transectorial y comunitario que busca la protección individual y colectiva ante los riesgos de emergencias, con el fin de contribuir a la seguridad sanitaria y al desarrollo sostenible, definiendo componentes, objetivos, metas y estrategias relacionados a la implementación del RSI (2005), como se muestra a continuación:

**Tabla n.º 4 :Componente, Objetivo, Metas y Estrategias de la Dimensión
“Salud Pública en emergencia y desastres” relacionadas a la implementación del
RSI (2005)**

| Componente | Objetivo | Metas | Estrategias |
|---|--|---|--|
| Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres | a) <u>Generar conocimiento</u> sobre el riesgo de desastres en sus diferentes ámbitos para la planificación frente a las emergencias y los desastres. b) Reducir el riesgo de desastres actual y futuro para enfrentar las consecuencias asociadas a los impactos del cambio climático. c) <u>Mantener las capacidades básicas</u> de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005 | a) Plan Nacional Sectorial de Gestión Integral del Riesgo de Desastres <u>articulado intersectorialmente</u> b) Plan Territorial Sectorial de Gestión de Riesgo de Desastres <u>articulado con los planes de los demás sectores estatales</u> c) Planes hospitalarios articulados con los planes territoriales sectoriales de gestión de riesgo de desastres. d) el 100% de hospitales priorizados con índice de seguridad hospitalaria y con acciones de intervención. e) <u>Todas las entidades del orden nacional, departamento y municipal involucrado</u> en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional 2005 con las capacidades básicas de la vigilancia y respuesta establecidas en el mismo | a) <u>Acciones intra y transectoriales</u> para la planificación de la gestión Integral de Riesgos de desastres. b) Desarrollo y fortalecimiento del programa Hospitales Seguros ante desastres. c) <u>Gestión Intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas</u> de vigilancia y respuesta nacionales, departamentales y municipales en el contexto del <u>Reglamento Sanitario Internacional 2005</u> |
| Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres | Fortalecer los sistemas de respuesta, incluyendo los procesos de reconstrucción y recuperación. | a) Plan Nacional Sectorial de Gestión Integral del Riesgo de Desastres con estrategia de respuesta a emergencia operando y funcionando incluyendo lo relacionado con las emergencias en salud pública b) Sistema de Emergencia Médicas implementada en el 50% del país. c) Red Nacional de toxicología implementada | a) Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Respuesta a Emergencias b) Gestión para el diseño y estructura del sistema de emergencias médicas en el país Gestión nacional para la conformación e implementación de la Red Nacional de Toxicología. |

Fuente: Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021

Elaborado por: Comisión de Auditoría de Desempeño

De lo señalado, se denota que tanto la Ley N° 1438 de 19 de enero de 2011, como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 fueron los instrumentos de gestión de Colombia que enfocaron dentro de los objetivos de sus dimensiones, a generar documentos de gestión que estén articulados intrasectorialmente, intersectorialmente y transectorialmente, para compartir

⁷⁶ El Ministerio de Salud y Protección Social formuló el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013

conocimiento a los diversos actores, tanto del mismo sector salud, como de los otros sectores involucrados en el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del RSI 2005.

Posteriormente, la República de Colombia, emitió el Informe de Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Informe Técnico Periodo 2012–2019)⁷⁷, comunicando respecto a la implementación del (2005), lo siguiente:

Tabla n.º 5: Informe de Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

| N.º | Meta PDSP | Indicador | Porcentaje de Cumplimiento acumulado |
|-----|---|--|--------------------------------------|
| 2 | 1.1.1.7.1.2. A 2021, se logra que el 100% de las entidades del orden nacional, departamental y municipal apliquen el Reglamento Sanitario Internacional 2005. | Porcentaje de cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005 | 85,00** |

*** Sin reporte para 2019, pendiente actualización de área técnica*

Fuente: Anexo 13 del Informe de Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Informe Técnico Periodo 2012–2019)

Elaborado por: Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia

⁷⁷ Ley 1122 de 2007 (Art. 2), en la Ley 1438 de 2011 (Art. 2) y en la Resolución 1536 de 2015 (art. 44)

Anexo n.º 5: Actas de las Sesiones de la Comisión Intersectorial de Salud Pública

| Sesión | Fecha | Conclusiones y Compromisos | Comentario |
|------------|------------|---|---|
| I – Ord. | 02/07/2014 | Instalación de Comisión Intersectorial de Salud Pública y ratificación de participación permanente | |
| II – Ext. | 23/02/2015 | Debemos sensibilizar la relación que tiene el estado de salud de la población con el desarrollo sostenible | |
| III – Ord. | 09/03/2015 | Cruzar el PND y PDSP, ver donde está los problemas, donde están las brechas más grandes identificadas en la región para poder priorizar. | |
| IV – Ord. | 30/03/2017 | Se aprueba el Reglamento de CISP y el Tablero de Control, como herramientas importante articulado al PDSP 2012-2021, para involucrar, promover y garantizar con otros sectores, los temas de salud. En relación a la intersectorialidad, se propone realizar una evaluación de gestión de las otras comisiones intersectoriales que tratan temas de salud pública. | |
| V – Ord. | 12/04/2018 | Fortalecer acciones intersectoriales para disminuir las brechas Se requiere la participación en otros debates que tienen implicaciones directas en la salud de la población | |
| VI – Ord | 19/11/2018 | La salud mental: Prioridad Nacional Presentación del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 | Solo agenda, no se encontró Acta |
| VII - Ord | 18/03/2019 | Prioridades en Salud Pública y Arquitectura Salud Pública e Intersectorialidad en el PND 2018-2022 Acuerdos para la intersectorialidad de las diez prioridades en salud (entre ellas las enfermedades transmisibles y migración) | Presentación de la Sesión, mas no se encontró el Acta |
| VIII - Ord | 10/06/2019 | Estrategia intersectorial para mantener al país libre de la circulación endémica del virus de sarampión | Presentación de la Sesión, mas no se encontró el Acta |
| IX – Ord. | 01/10/2019 | Se expone los criterios para la construcción del tablero de control | Presentación de la Sesión, mas no se encontró el Acta |
| X – Ord. | 18/12/2020 | Objetivo: Presentar la situación actual de la pandemia por la COVID 19 en el país, las enseñanzas y retos de la epidemia por la COVID19 para el sistema de salud y la necesidad de intersectorialidad en el marco de la Formulación de Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 Sobre el desarrollo de los temas: 1. Situación actual de la pandemia por la COVID 19 en el país: atención integral en salud El señor viceministro de Salud Pública, (...), expuso la situación actual y evolución de la pandemia, mencionó la mayor capacidad diagnóstica, de atención, relacionamiento y de educación a la población, los fallecidos y la relación con los determinantes proximales de contagio, así como los modulares de contagio en los que se ha fortalecido la gobernanza, capacidad de regulación y la adopción de medidas. Mencionó los más de 100 protocolos de bioseguridad y lineamientos técnicos construidos con y para diferentes sectores y actores para la prevención de casos en cada entorno, la detección oportuna y el direccionamiento en el sistema de salud. (...) Al finalizar la presentación, intervino el director del DAPRE, quien deja dos reflexiones. La primera, sugiere revisar la sostenibilidad a largo plazo de las acciones implementadas hasta la fecha por el sector salud, tales como: la apertura de las Unidades de Cuidados Intensivos y de los laboratorios en salud pública. La segunda, el reconocer el esfuerzo y articulación para el manejo de la pandemia desde el sector público y privado. Así como en el nivel nacional, departamental y municipal 2. Enseñanzas y retos de la epidemia por la COVID19 para el sistema de salud. (...) la pandemia puso en evidencia los desafíos para el sistema de salud y las brechas persistentes en salud. Estos desafíos y el abordaje de las brechas para lograr su reducción requieren de la contribución y coordinación de los sectores representados en la CISP. 5. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES El Señor Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, (...), insistió en la importancia de seguir participando y fortaleciendo la acción intersectorial, manteniendo los logros alcanzados. 6. ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS 1. Mantener el trabajo intersectorial | |

Anexo n.º 6: Principales acuerdos y actividades registradas en las actas de reunión de la Comisión Multisectorial RSI

| Acta N° | Fecha | Actividades desarrolladas | N° Acuer. | Principales Acuerdos |
|----------|------------|--|-----------|--|
| 001-2014 | 08/08/2014 | <ul style="list-style-type: none"> Instalación de la Comisión Multisectorial Presentación de la propuesta de Reglamento Interno de la Comisión Amenaza a la Salud Pública Internacional | 8 | <ul style="list-style-type: none"> Aprobación de la propuesta de reglamento interno de la Comisión Multisectorial. La Dirección General de Epidemiología socializará sobre principales enfermedades y riesgos y sobre la importancia del RSI. Se aprobó la participación de la Asociación de Clínicas Particulares en las próximas sesiones. La Secretaría Técnica elaborará el Plan de Trabajo de la Comisión Multisectorial. Consolidación del Cronograma de Actividades y Responsables según equipos de trabajo de la Comisión Multisectorial |
| 002-2014 | 15/08/2014 | <ul style="list-style-type: none"> Revisión de la propuesta de Reglamento Interno de la Comisión Presentación y revisión del Plan Multisectorial de Capacidades Básicas Revisión de tareas de preparación y respuesta frente al Virus Ébola y Chikungunya | 9 | |
| 003-2014 | 29/08/2014 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación: Aspectos principales del Ébola y Chikungunya Avances en la preparación y respuesta frente al Ébola Acciones para el desarrollo de capacidad básica: Eventos Químicos Situación actual de la normatividad sectorial en el marco del RSI | 12 | |
| 004-2014 | 29/08/2014 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación de aspectos principales del Cólera y Coronavirus como eventos de importancia en salud pública internacional y riesgos para el Perú Avances en la implementación de las Capacidades Básicas del RSI (2005) de Eventos químicos y radiológicos Análisis de la situación de preparación y respuesta del Ébola y Chikungunya Informe sobre apoyo a Consultoría ORAS CONHU para la sistematización de la información sobre la normatividad en el marco del RSI (2005) | 7 | |
| 005-2014 | 31/10/2014 | <ul style="list-style-type: none"> Propuesta del Plan de trabajo de la Comisión Multisectorial Informe Anual de los Estados Partes sobre el estado de la Implementación del RSI Análisis de la situación y preparación y respuesta para fiebre de Ébola Rutas que siguen los refugiados - RREE | 3 | |
| 006-2014 | 19/12/2014 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación evento de importancia para la salud pública: Ébola y eventos radiológicos Uniformidad para designar puertos y aeropuertos internacionales en el Estado Consolidación del cronograma de actividades y responsables de la comisión | 3 | |
| 001-2015 | 13/02/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación de información sanitaria actual Chikungunya, Ébola y Sarampión Informe a la OMS sobre la evaluación de las Capacidades Básicas del RSI Consolidación del cronograma de actividades y responsables de la comisión Acciones intersectoriales de prevención para fiebre Chikungunya (control migratorio) | 6 | <ul style="list-style-type: none"> La DGE realizará visitas conjuntas a los puertos y aeropuertos en coordinación con la APN y MTC. El MTC convocará una reunión con los ministerios involucrados sobre el tema de puntos de entrada. La Secretaría Técnica asume el compromiso de trabajar el informe semestral de la Comisión. Se presentará la propuesta de documento para el sustento de la implementación de las capacidades básicas en los puntos de entrada priorizados en el marco del RSI. A los representantes de la Comisión se les enviará las propuestas de exposición de motivos, el proyecto de DS y el informe técnico para la designación de los puntos de entrada a priorizar. Se aprobó el informe de la Comisión Multisectorial, correspondiente al II semestre 2014. Se enviará el Informe Anual de la Comisión a los representantes de la Comisión. |
| 002-2015 | 27/03/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Informes de avances de Puntos de Entrada, Eventos químicos, trámite de convenio IPEN Exposiciones de la Dirección de Sanidades Internacionales DIRESA Callao Brote de Influenza en la Escuela Técnica de Suboficiales PNP | 1 | |
| 003-2015 | 30/04/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Revisión de documento de trabajo Certificación de aeropuertos y puertos por la OMS, y propuesta de informe semestral Comisión Multisectorial Informe de Avances de punto de entrada y eventos químicos | 3 | |
| 004-2015 | 05/06/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Avances de la implementación de acciones de eventos químicos y radiológicos, puertos de entrada e informe semestral de la Comisión Socialización de Reunión Binacional Perú - Ecuador | 3 | |
| 005-2015 | 14/08/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación del avance de la preparación MINSA para la reunión de junta de gobernadores, y puntos de entradas Revisión del informe semestral de la comisión Revisión del instrumento de seguimiento de las Capacidades Básicas del RSI | 3 | |
| 006-2015 | 11/09/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Actualización de la evaluación del país mediante el instrumento de seguimiento de las Capacidades Básicas para el RSI | 1 | |
| 007-2015 | 06/11/2015 | <ul style="list-style-type: none"> Informe Junta Anual de Gobernadores Presentación sobre el APEC 2016 a cargo de representante del Ministerio de RREE. Presentación de la Resolución 1540 para prevenir la proliferación de armas nucleares, químicas y biológicas. Presentación propuesta Plan Preparación y respuesta ante riesgos radiológicos y nucleares, a cargo de IPEN | 3 | |
| 001-2016 | 15/01/2016 | <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de la Implementación de las Capacidades Básicas Informe de las coordinaciones con relación al potencial ingreso | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Los representantes de los diferentes sectores se comprometen a continuar |

| Acta N° | Fecha | Actividades desarrolladas | N° Acuer. | Principales Acuerdos |
|--------------------|------------|---|-----------|--|
| | | del virus Zika al Perú | | con el seguimiento de la implementación de las Capacidades Básicas pendientes. |
| 001-2016 Extraord. | 05/02/2016 | <ul style="list-style-type: none"> Protocolo de acción para instituciones que realizan actividades con personas que se desplazan desde y hacia áreas con transmisión autóctona de virus Zika Revisión del Cuestionario de seguimiento del progreso de las Capacidades Básicas requeridas por el RSI en los estados partes | 2 | <ul style="list-style-type: none"> El MINSA deberá presentar un plan de trabajo sobre cómo será el trabajo conjunto de la comisión sectorial y la comisión multisectorial. |
| 002-2016 | 08/04/2016 | <ul style="list-style-type: none"> Informe acerca de la reestructuración del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. | 1 | <ul style="list-style-type: none"> Informe de la propuesta de informe anual de la Comisión Multisectorial DS 011-2014-SA. |
| 003-2016 | 10/06/2016 | <ul style="list-style-type: none"> Coordinación de acciones sobre el APEC 2016 a cargo de representante del Ministerio de RR.EE. Avances de coordinación con el Centro de Información Química (CINQUI) Situación Actual de Zika en el Perú Revisión de Informe anual de la Comisión Multisectorial DS 011-2014-SA | 3 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación de la propuesta de la hoja de ruta para la agenda sanitaria global a cargo de la secretaria técnica de la comisión sectorial. Presentación del Plan de Preparación, Vigilancia y Respuesta de Salud Pública en el marco del evento masivo: Semana de Líderes de Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico. |
| 004-2016 | 12/08/2016 | <ul style="list-style-type: none"> Breve resumen de la conformación de la Comisión Sectorial ante la Agenda para a seguridad Sanitaria Mundial (GHS) Presentación de la propuesta de la Hoja de Ruta para la Agenda Sanitaria Global a cargo de la Secretaria Técnica de la Comisión Sectorial Informe de la Propuesta de informe anual de la Comisión Multisectorial DS 011-2014-SA | 2 | |
| 002-2016 Extraord. | 09/11/2016 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación del Plan de Preparación, Vigilancia y respuesta de Salud Pública en el marco del evento masivo: Semana de Líderes de Foto de Cooperación Económico Asia Pacífico (APEC) | 3 | |
| 001-2018 | 11/07/2018 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación de la situación actual de la Comisión Multisectorial, señalando que es necesario retomar las actividades inherentes de la Comisión tras haber transcurrido 1 año y 7 meses de haber estado inactiva. Revisión y actualización del Reglamento de Funcionamiento de la Comisión | 6 | <ul style="list-style-type: none"> La Secretaría Técnica presentó la situación actual de la Comisión Multisectorial, señalando que es necesario retomar las actividades inherentes de la Comisión tras haber transcurrido 1 año y 7 meses de haber estado inactiva. |
| 001-2018 Extraord. | 25/07/2018 | <ul style="list-style-type: none"> Presentación del Plan de Fortalecimiento de Capacidades Básicas en el marco del RSI Presentación de la situación de los puntos de entradas marítimos y aéreo | 4 | |

Anexo n.º 7: Resumen de los Planes Estratégicos Institucionales de las diferentes regiones del Perú

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 "PERÚ, PAÍS SALUDABLE" | | | | |
|---|--|--|-------------|---|
| En el marco de los compromisos internacionales del país, la Política Nacional Multisectorial de Salud se compromete con la agenda de los ODS al 2030, en especial con el ODS 3 "Salud y Bienestar" y reconoce a "La Buena Salud es esencial para el desarrollo sostenible"; no obstante, es preciso señalar que la precitada política no consideró dentro de su base legal internacional al Reglamento Internacional Sanitario (2005) | | | | |
| PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL (PESEM) 2016-2021 DEL SECTOR SALUD AL AÑO 2025 | | | | |
| OE1. Mejorar la Salud de la Población AE1.3. Disminuir las enfermedades transmisibles | | | | |
| OE3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario AE3.4 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la Multisectorial y Territorial en Salud | | | | |
| PLANES ESTRATEGICOS INSTITUCIONES DE LAS Diresa | | | | |
| Departamento | Objetivo Estratégico Institucional | Acción Estrategia Institucional | Periodo | Fuente |
| Apurímac | OEI 02. Mejorar los servicios de salud en la región | AEI.02.05 Intervenciones sanitarias focalizadas de las Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas en la Población en Riesgo. | 2018-2022 | https://app.regionapurimac.gob.pe/transparencia/wp-content/uploads/2019/05/PLAN%20ESTRATEGICO%20INSTITUCIONAL-PEI%20CON%20EXTENSION%20HASTA%202022.pdf |
| Amazonas | 3. Mejorar y ampliar la cobertura de los servicios de educación, salud, agua segura, saneamiento, energía eléctrica y comunicaciones | 24. Fortalecer los programas de atención de la salud materno infantil, enfermedades metaxénicas, VIH sida y otras enfermedades transmisibles | 2017 - 2019 | https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482833/Plan%20Estrategico%20Institucional%2028PEI%29%202017-2019.pdf.pdf |
| | OEI.01: Garantizar la calidad de los servicios de salud en el departamento | AEI.01.09: Intervenciones sanitarias para reducir las enfermedades metaxénicas y zoonosis en la población del departamento | 2020 - 2023 | https://www.gob.pe/institucion/regionamazonas-gsu/informes-publicaciones/1775369-plan-estrategico-institucional-pei-2020-2023 |
| Ancash | OEI.04. Mejorar la atención integral de salud en la población de Ancash | AEI.04.02 Prevención y control de las enfermedades transmisibles de mayor incidencia de forma oportuna a favor de la población de Ancash AEI.04.08 Sistema de Vigilancia Epidemiológica e Información Estadística oportuna para toma de decisiones de autoridades | 2017 - 2021 | http://siar.minam.gob.pe/ancash/sites/default/files/archivos/public/docs/pei_-_gore-ancash_plan_estrategico_institucional_2017-2019.pdf |
| | OEI.02: Mejorar la atención Integral de Salud en la población de Ancash | AEI.02.04: Programa de Salud sobre Enfermedades Transmisibles implementadas en beneficio de la población de Ancash AEI.02.08: Sistema de Vigilancia Epidemiológica con atención oportuna en beneficio de la población de Ancash | 2021 - 2024 | https://www.regionancash.gob.pe/instrumentos_gestion/pei/PEI_2021_24.pdf |
| Arequipa | OEI.05 Mejorar la Calidad de Servicios de Salud para la población. | AEI.05.04 Intervenciones Sanitarias para reducir las Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis | 2017 - 2019 | https://www.saludarequipa.gob.pe/transparencia/planeamiento/PEI%202017-2019.pdf |
| | OEI.04: Mejorar la calidad de servicios de salud para la población | - | 2020 - 2024 | http://saludarequipa.gob.pe/wp/wp-content/uploads/2022/01/PEI-2020-2024-Gore-Arequipa.pdf |
| Ayacucho | OEI 02: Reducir los factores de riesgo que afectan la salud de la población | AEI 02.04. Atención de las enfermedades metaxénicas y zoonosis de manera preventiva e integral a la población con riesgo | 2020-2024 | https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1480367/RER_208_2020.pdf |
| | OEI 02: Mejorar las condiciones de salud de la población | AEI 02.04. Programa de prevención y atención oportuna de enfermedades metaxénicas y zoonosis para la población | 2018 - 2020 | https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1481423/Plan%20Estrat%20c3%a9gico%20Institucional%202018-2020.pdf |
| Cajamarca | OE.05. Disminuir la morbimorbilidad de enfermedades trasmisibles, no transmisibles y metaxénicas de la población de Cajamarca | AEI.05.01 Atención preventiva y control de enfermedades transmisibles de manera integral a la población AEI.05.02 Atención preventiva y control de enfermedades metaxénicas y zoonóticas de manera integral a la población | 2018-2022 | https://cutervo.regioncajamarca.gob.pe/media/portal/ELVMM/documento/5591/PEI_2018-2022.pdf?r=1591230372 |
| Callao | OEI.02. Garantizar la atención integral de los servicios de salud a la población | AEI.02.03. Atención a enfermedades transmisibles de manera integral a la población de la Provincia Constitucional del Callao | 2019-2024 | https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/planeamiento/FILE0006542021.pdf |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 "PERÚ, PAÍS SALUDABLE" | | | | |
|---|--|---|-------------|---|
| En el marco de los compromisos internacionales del país, la Política Nacional Multisectorial de Salud se compromete con la agenda de los ODS al 2030, en especial con el ODS 3 "Salud y Bienestar" y reconoce a "La Buena Salud es esencial para el desarrollo sostenible"; no obstante, es preciso señalar que la precitada política no consideró dentro de su base legal internacional al Reglamento Internacional Sanitario (2005) | | | | |
| PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL (PESEM) 2016-2021 DEL SECTOR SALUD AL AÑO 2025 | | | | |
| OE1. Mejorar la Salud de la Población AE1.3. Disminuir las enfermedades transmisibles | | | | |
| OE3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario AE3.4 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la Multisectorial y Territorial en Salud | | | | |
| PLANES ESTRATEGICOS INSTITUCIONES DE LAS Diresa | | | | |
| Departamento | Objetivo Estratégico Institucional | Acción Estrategia Institucional | Periodo | Fuente |
| Cusco | OEI.01. Mejorar los servicios de salud en la región | AEI.01.08. Intervenciones sanitarias de las enfermedades metaxénicas y zoonosis de manera focalizadas en la población | 2018-2020 | https://transparencia.regioncusco.gob.pe/transparencia/planeamiento_organizacion/pei/Masbtn/PEI-2018.pdf |
| | OEI.01.00 Garantizar el acceso a servicios de saneamiento y salud de calidad a la población de la Región Cusco | AEI.01.09. Intervenciones sanitarias de las enfermedades metaxénicas y zoonosis de manera focalizada | 2020-2023 | https://transparencia.regioncusco.gob.pe/transparencia/planeamiento_organizacion/pei/Masbtn/PEI-2020-2023_compressed.pdf |
| Huancavelica | OEI.04. Garantizar la atención integral de salud en la población de la Región Huancavelica en el marco del Aseguramiento Universal | Prevención de riesgos y daños para la salud en la población de Región de Huancavelica | 2017-2019 | https://drive.google.com/file/d/1-Bbeyp0MsPxhyX5fAxssdsCgHLgdBY84/view |
| | OEI.03 Garantizar la atención integral de salud en la población de la Región Huancavelica en el Marco del Aseguramiento Universal. | AEI.03.02 Prevención de riesgos y daños para la salud en la población de Región de Huancavelica | 2020-2025 | https://www.regionhuancavelica.gob.pe/descargas/upload/Resoluciones%20Ejecutivas%20Regionales/Resoluciones%20Ejecutivas%20Regionales%20ano%202022/1344827_RER-140-2022.pdf |
| Huánuco | OEI.02. Garantizar la atención de salud Integral y de Calidad a la población de la Región Huánuco. | AEI.02.06 Atención preventiva y de control oportuna de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas de manera integral en la población de la Región Huánuco. | 2019-2024 | http://www.diresahuanuco.gob.pe/porta/transparencia/doctranparecia/DOCGESTION/2021/PEI/PLAN%20ESTRATEGICO%20INSTITUCIONAL%202019-2024%20Aprob.%20R.E.R.%20199%202021.pdf |
| Ica | OEI. 03 incrementar la oferta de los servicios de salud de calidad para la población en la región Ica | AEI.03.05. Atención integral a la población con riesgo a las enfermedades metaxénicas y zoonóticas | 2018 - 2025 | https://www.regionica.gob.pe/pdf/transparencia_2022/resoluciones/qrrer_14_7_2022_gr_anexo.pdf |
| Junín | OIE.03. Mejorar la Calidad de los Servicios de Salud | AEI.03.04 Intervenciones sanitarias focalizadas de las enfermedades Metaxénicas y Zoonosis en el departamento de Junín. | 2018-2020 | http://www.regionjunin.gob.pe/grupo_ordenado/nombre/20150730223217_plan_estrategico_institucional_pei/ |
| | OIE.02. Mejorar la Calidad de atención de salud en la población del departamento de Junín | AEI.02.04 Atención integral en las enfermedades Metaxénicas y Zoonosis en el departamento de Junín. | 2021-2025 | http://www.regionjunin.gob.pe/grupo_ordenado/nombre/20150730223217_plan_estrategico_institucional_pei/ |
| La Libertad | OIE.03. Garantizar la atención integral de los servicios de salud de la población | AEI.03.05. Atención Integral y oportuna para la disminución de las enfermedades transmisibles a la población | 2017-2019 | http://www.regionallibertad.gob.pe/web/opciones/pdfs/Resolucion%20N%C2%BA%202021-2017-GRLL-GOB.pdf |
| | OIE.01. Garantizar servicios de Salud integral de la Población de La Libertad | AEI.01.05 Atención de las enfermedades transmisibles integral y oportuna a la población de la región La Libertad AEI.01.08 Vigilancia y control de riesgos y daños de la salud de forma integral a la población de la región La Libertad | 2020-2025 | https://www.regionallibertad.gob.pe/transparencia/transparencia-grill/transparencia-institucional/planeamiento-y-organizacion/planes-plan-estrategico-institucional-pei/15072-plan-estrategico-institucional-pei-2020-2025-del-grill/file |
| Lambayeque | OEI. 04 Mejorar la atención integral de la salud de la | AEI.04.06. Prevención de enfermedades metaxénicas y zoonóticas sostenida a población de áreas en riesgos | 2019-2024 | https://siga.regionlambayeque.gob.pe/docs/ainformacion/10012022101506525398449.pdf |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 "PERÚ, PAÍS SALUDABLE" | | | | |
|---|---|---|-----------|---|
| En el marco de los compromisos internacionales del país, la Política Nacional Multisectorial de Salud se compromete con la agenda de los ODS al 2030, en especial con el ODS 3 "Salud y Bienestar" y reconoce a "La Buena Salud es esencial para el desarrollo sostenible"; no obstante, es preciso señalar que la precitada política no consideró dentro de su base legal internacional al Reglamento Internacional Sanitario (2005) | | | | |
| PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL (PESEM) 2016-2021 DEL SECTOR SALUD AL AÑO 2025 | | | | |
| OE1. Mejorar la Salud de la Población AE1.3. Disminuir las enfermedades transmisibles | | | | |
| OE3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario AE3.4 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la Multisectorial y Territorial en Salud | | | | |
| PLANES ESTRATEGICOS INSTITUCIONES DE LAS Diresa | | | | |
| Departamento | Objetivo Estratégico Institucional | Acción Estrategia Institucional | Periodo | Fuente |
| | población del departamento de Lambayeque. | | | |
| Lima | Objetivo Estratégico: Incrementar el acceso y calidad de atención de los servicios de salud para la población | Brindar atención para la prevención y control de las enfermedades transmisibles de manera integral en la población | 2017-2019 | https://drscv.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/PEI_2017-GOBIERNO-REGIONAL-DE-LIMA.pdf |
| Loreto | OEI.02. Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población | - | 2019-2024 | https://diresaloreto.gob.pe/transparencia/PEI LORETO 2019-2024.pdf |
| Madre de Dios | OEI.01. Impulsar el desarrollo social e igualdad de oportunidades de las personas en el departamento de madre de dios | AEI.01.02 Atención para la prevención, control y seguimiento de enfermedades transmisibles de manera integral a la población. AEI.01.03. Atención para la prevención y control de enfermedades metaxénicas y zoonosis de manera integral a la población. | 2018-2020 | https://www.gob.pe/institucion/regionmadrededios/informes-publicaciones/2217709-plan-estrategico-institucional-pei-2018-2020 |
| | OIE.01. Mejorar la calidad de los servicios integrales de salud para la población | AEI.01.03 Atención para la prevención, control y seguimiento de enfermedades transmisibles de manera integral a la población. AEI.01.04. Atención para la prevención y control de enfermedades metaxénicas y zoonosis de manera integral a la población. | 2021-2025 | https://www.gob.pe/institucion/regionmadrededios/informes-publicaciones/2994432-plan-estrategico-institucional-pei-2021-2025-ampliado |
| Moquegua | OIE.02. Mejorar la atención integral de los servicios de salud a la población | AEI.02.02 Atención para la prevención y control de las enfermedades transmisibles de manera integral a la población | 2018-2022 | https://consultas.regionmoquegua.gob.pe/wp-content/uploads/2021/04/Informe-Evaluacion-Resultados-PEI-2018-2020-Año-Final.pdf |
| Pasco | OEI.02 Garantizar la atención integral en los servicios de salud a la población | - | 2017-2019 | http://www.regionpasco.gob.pe/wps/institucional/documentos-de-gestion/p-e-i |
| | OEI.02 Garantizar la atención integral en los servicios de salud a la población | AEI.02.07 Prevención y Control de enfermedades metaxénicas, zoonóticas y otras transmitidas por vectores en el departamento de Pasco | 2020-2023 | http://www.regionpasco.gob.pe/wps/institucional/documentos-de-gestion/p-e-i |
| Piura | OEI.03 Mejorar los servicios de salud en el departamento de Piura | AEI.03.03. Intervenciones sanitarias focalizadas de las Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis en el departamento de Piura | 2018-2020 | https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3305297/Plan%20Estrat%C3%A1gico%20Institucional%20%28PEI%20-%202018%20-%202022%29.pdf |
| | OEI.03 Mejorar la salud con servicios oportunos y de calidad para la población del departamento de Piura | AEI.03.03 Atención de salud efectiva en enfermedades transmisibles para la población afectada | 2021-2025 | https://www.regionpiura.gob.pe/documentos/planes/pei2021-2025.pdf |
| Puno | OIE 04. Mejorar la calidad de servicios de salud para la atención de la población | AEI 04.01. Servicios de prevención y control de enfermedades transmisibles en forma oportuna y calidad a la población. | 2018-2020 | https://www.regionpuno.gob.pe/descargas/planes/2018/Plan%20Estrategico%20Institucional%202018-2020.pdf |
| | OIE 04. Contribuir con la calidad de los servicios de salud para la atención de la población | AEI 04.01. Servicios de prevención y control de enfermedades transmisibles en forma oportuna y calidad a la población. | 2021-2025 | https://www.regionpuno.gob.pe/descargas/informacioninstitucional/PEI/PLAN%20ESTRATEGICO%20INSTITUCIONAL%20PEI%202021-2025%20DEL%20PLIEGO%20458%20GR%20PUNO.pdf |

| POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 "PERÚ, PAÍS SALUDABLE" | | | | |
|---|---|--|-----------|---|
| En el marco de los compromisos internacionales del país, la Política Nacional Multisectorial de Salud se compromete con la agenda de los ODS al 2030, en especial con el ODS 3 "Salud y Bienestar" y reconoce a "La Buena Salud es esencial para el desarrollo sostenible"; no obstante, es preciso señalar que la precitada política no consideró dentro de su base legal internacional al Reglamento Internacional Sanitario (2005) | | | | |
| PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL (PESEM) 2016-2021 DEL SECTOR SALUD AL AÑO 2025 | | | | |
| OE1. Mejorar la Salud de la Población AE1.3. Disminuir las enfermedades transmisibles | | | | |
| OE3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario AE3.4 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la Multisectorial y Territorial en Salud | | | | |
| PLANES ESTRATEGICOS INSTITUCIONES DE LAS Diresa | | | | |
| Departamento | Objetivo Estratégico Institucional | Acción Estrategia Institucional | Periodo | Fuente |
| San Martín | OEI.04: Mejorar la calidad de la atención en salud de la población en mayor condición de vulnerabilidad | AEI.04.05: Atención para la prevención y control de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas de manera integral en la población AEI.04.06: Atención para la prevención y control de las enfermedades transmisibles de manera integral a la población | 2018-2020 | https://www.regionسانmartin.gob.pe/OriArc.pdf?id=100959 |
| | OEI.05. Generar condiciones de salud que aporten al desarrollo integral de la población. | AEI.05.05 Atención para la prevención y control de las actividades metaxénicas y zoonóticas de manera integral en la población AEI.05.06 Atención para la prevención y control de las enfermedades transmisibles de manera integral a la población. | 2021-2025 | https://www.regionسانmartin.gob.pe/OriArc.pdf?id=115696 |
| Tacna | OEI 02 Mejorar los servicios integrales de salud para la población | AE 04 Intervenciones sanitarias focalizadas en enfermedades de zoonosis | 2018-2020 | https://www.dropbox.com/s/pipoti95qg6iila/RGR%20PEI%202018%20-%202020.pdf?dl=0 |
| | OEI 02 Mejorar los servicios integrales de salud para la población | AE 02.08 Intervenciones sanitarias focalizadas de enfermedades metaxénicas y zoonóticas en el departamento | 2020-2024 | https://www.dropbox.com/s/7dmmzqyn2y20ia2/PEI_2020-2024.pdf?dl=0 |
| Tumbes | OIE 06 Mejorar la calidad de los servicios de salud para la población de tumbes | AEI 06.04. Atención en las enfermedades metaxénicas y zoonóticas de manera preventiva e integral a la población de riesgo | 2019-2022 | https://regiontumbes.gob.pe/piloto/documentos/Planes/Plan%20Estrategico%20Institucional%202019-2022/Plan%20Estrategico%20Institucional%202019-2022.pdf |
| Ucayali | OIE 04. Incrementar el acceso a los servicios de salud de la población | - | 2019-2022 | https://drive.google.com/file/d/1qakPvld07atbBZ1Nilm_119Kfqv0izwX/view |

Anexo n.º 8: Principales acuerdos y actividades registradas en las actas de reunión de la Comisión Multisectorial Zoonosis

| Nº Acta | Fecha | Principales actividades y acuerdos |
|------------------|------------|---|
| 001-2020-CMPPCEZ | 12/08/2020 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aprobación del Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial Permanente de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas. Plan de Trabajo 2020 Capacitación a miembros Reporte de caso de Rabia en herbívoros (Departamento Piura). <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las coordinaciones y acciones entre MINSA y SENASA para prevención de rabia en herbívoros atención de personas en riesgo o expuestas al virus rábico. Gestionar el secuenciamiento de muestras de rabia con el apoyo de PANAFTOSA. |
| 002-2020-CMPPCEZ | 03/09/2020 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición de información y socialización de las actividades y competencias de las instituciones <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> Invitar para la próxima reunión a un representante del SERFOR. Establecer un plan de acción hasta fines del 2020. |
| 003-2020-CMPPCEZ | 22/10/2020 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición de información y socialización de las actividades y competencias de las instituciones Presentación del representante de SERFOR, coordinaciones de acciones sanitarias en murciélagos hematófagos ya que se tiene muchos casos de rabia por mordedura de estos para lo cual se necesita un permiso de SERFOR Plan de Acción hasta fines del 2020 <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> Cada Institución deberá traer un proyecto de acciones a realizar el 2021. Reunión previa entre SENASA, SALUD, SERFOR y MINAGRI para realizar coordinaciones sobre rabia en el más breve plazo. SENASA y SERFOR deben hacer una presentación sobre rabia |
| 004-2020-CMPPCEZ | 05/11/2020 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> SERFOR realizará la presentación sobre Murciélagos Importancia y Conflictos Extracción Sanitaria. SENASA realizará la presentación del Plan de Acción en zoonosis para el 2021 <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> El Plan de acción presentado por SENASA será la base para el siguiente año, en el cual se incluirá fasciola |
| 005-2020-CMPPCEZ | 03/12/2020 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó las modificaciones del Plan de Acción 2021 con todos los miembros presentes en los 6 puntos presentados: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rabia ✓ Hidatidosis ✓ Antrax ✓ Brucelosis caprina y bovina ✓ Tuberculosis bovina ✓ Fasciolosis <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordinar con el Ministerio de Educación para incluir dentro de la currícula de educación temas sobre enfermedades zoonóticas |
| 001-2021-CMPPCEZ | 14/01/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se presentó las acciones de intervención que realiza el SENASA en el Programa de Rabia en herbívoros <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilancia Activa ✓ Control poblacional del reservorio silvestre ✓ Vacunación de ganado susceptible ✓ Vigilancia Pasiva Propuesta del MINSA para atender a la población afectada (sin costo de vacunación) <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> Enviar el documento a SERFOR sobre las autorizaciones de control poblacional de murciélagos Enviar documento al INS solicitando la donación de vacunas contra la rabia para vacunar de forma gratuita a las comunidades nativas. Invitar en una próxima reunión al área de Inocuidad para que nos expongan cómo está llevando el Proyecto de Rastreabilidad. |

| N° Acta | Fecha | Principales actividades y acuerdos |
|------------------|------------|--|
| 002-2021-CMPPCEZ | 11/02/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición sobre Trazabilidad e Identificación animal <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar las coordinaciones para iniciar la caracterización de Rabia Participación del grupo de trabajo sobre el tema de rabia urbana, (estrategia de zoonosis), también manifestó sobre el movimiento de mascotas, realizando la consulta que si como comisión pudiéramos coordinar con el Ministerio de Transportes sobre el tránsito interno de mascotas Secretaría Técnica manifestó que se tendría que evaluar ya que no se tiene ninguna norma sobre movilización de mascotas. Fecha de culminación del trabajo de caracterización de rabia. |
| 003-2021-CMPPCEZ | 11/03/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avance del estudio de la caracterización para Rabia <ul style="list-style-type: none"> Se ha identificado 44 distritos priorizados en la primera etapa de trabajo. Movilización interna de mascotas. <ul style="list-style-type: none"> SENASA manifestó que revisó el Reglamento Jurídico de Canes, que contaba con puestos de control el todo el país y si se pudiera realizar el control de los canes; sin embargo, manifestó que no cuenta con el amparo legal, solo se tiene la reglamentación para importación y exportación que está establecido en el Decreto Supremo 051-2000-AG MINSA quedó en enviar una solicitud para que el SENASA evalúe con el área legal y ver si correspondía MINSA manifestó que se debe realizar controles ya que en Arequipa no se logró vacunar en su totalidad, lo que puede conllevar a que la rabia pueda movilizarse a otras localidades del país por falta de control. SENASA explicó el proceso de importación y exportación de perros, así como las coordinaciones que se realizaron con las líneas aéreas desde antes del año 2000 MINAGRI manifestó que para facilitar la movilización de mascotas solo bastaría con el certificado de vacunación emitido por un Médico Veterinario colegiado, y solicitó definir a quien le compete realizar la comunicación a las líneas aéreas y empresas de transporte a la CMPPCEZ, ¿a SENASA o MINSA? Se mencionó la Ley 27596 "Ley que regula el régimen jurídico de canes" esta ley es del Ministerio de Salud donde establece ciertas prohibiciones y deberes de los propietarios de canes MINAGRI manifestó que existe una norma técnica de Salud "Norma Técnica para la prevención y control de la rabia humana en el Perú N°052- MINSA/DGSP-V.01, R.M.981-2006/MINSA, y si se puede incluir la movilización interna de mascotas como riesgo de introducción de rabia MINSA sugiere que se debe actualizar la norma. <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se solicitó a MINSA compartan la norma actualizada a todos los miembros de la CMPPCEZ |
| 004-2021-CMPPCEZ | 08/04/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avance del estudio de la caracterización para Rabia <ul style="list-style-type: none"> SENASA y MINSA presentaron un primer informe para la identificación de distritos a priorizar para las acciones de prevención de rabia de los herbívoros Se enfatizó que la intervención de los gobiernos locales es fundamental para que el servicio de vacunación sea accesible a los productores. Movilización interna de mascotas. <ul style="list-style-type: none"> MINSA expuso sobre el tránsito actual de las mascotas a nivel nacional, los que se movilizan en vehículos particulares y de transporte público, indicando que en el D.S. N° 033- 2001-MTC no incluye nada respecto al transporte de mascotas MINSA manifestó que la Ley 27596 "Ley que Regula el Régimen Jurídico de Canes en su Art. 9 del transporte público solo indica "El transporte público de animales, especialmente de canes considerados potencialmente peligrosos, debe realizarse en jaulas, canastos o cajas apropiadas y seguras que permitan salvaguardar la integridad de los pasajeros y sus equipajes"; Además, en el en el Art. 19° en su Reglamento⁷⁸ menciona "Con fines de exportación, importación o tránsito, todos los canes que ingresen o salgan o transiten por el país, deberán ir acompañados de la documentación requerida y expedida por el SENASA del Ministerio de Agricultura y Riego" <p>B. Acuerdos (Avance)</p> |

⁷⁸ Aprobado mediante Decreto Supremo n.° 006-2002-SA de 25 de junio de 2002

| N° Acta | Fecha | Principales actividades y acuerdos |
|------------------|------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Se conformó el grupo de trabajo entre SENASA y los representantes del Ministerio de salud para la movilización interna de perros |
| 005-2021-CMPPCEZ | 06/05/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avance del estudio de la caracterización para Rabia <ul style="list-style-type: none"> ✓ SENASA y MINSA presentaron el primer informe del estudio de la caracterización para Rabia cuyo nombre ha sido modificado a "Selección para la atención en rabia en herbívoros de distritos de extrema pobreza en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Cajamarca" ✓ El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables solicitó estadística o estudios de cómo impacta el tema de rabia en las poblaciones vulnerables para participar más activamente y ayudar en el plan que se está haciendo. Asimismo, señaló la competencia respecto al tema de género y violencia de género. Movilización interna de mascotas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA manifestó que no estaba claro que institución tenía que reglamentar el tránsito de Perros ✓ MINAGRI manifestó que el SENASA se encarga de animales de producción y el control de tránsito de animales, a través de salidas de fronteras y aeropuertos y el tema de pase de tránsito dentro del país debe ser tomado por Salud, ya que la rabia urbana es responsabilidad de Salud. <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) proporcionará la data con la que cuentan al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MMPV) |
| 006-2021-CMPPCEZ | 10/06/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avance del estudio de la caracterización para Rabia <ul style="list-style-type: none"> ✓ SENASA informó sobre las reuniones intersectoriales realizadas con el MINSA y las regiones el 19.05.2021, y la reunión regional en Apurímac el 03.06.2021 a fin de fortalecer la coordinación interinstitucional y la gestión ante los gobiernos locales para la vacunación del ganado susceptible Movilización interna de mascotas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ SENASA comunicó que revisaron el documento enviado por el MINSA juntamente con el área legal, e indicó que por la normativa no era posible realizar el control de perros <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> SENASA y MINSA, elaborar un informe epidemiológico de rabia sobre la situación en los últimos 10 años a fin de comunicar a los GORES de las regiones afectadas |
| 007-2021-CMPPCEZ | 05/08/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avance del estudio de la caracterización para Rabia <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA y SENASA presentaron la vigilancia, prevención y control de la rabia silvestre en Apurímac, Ayacucho y Cajamarca, captados por SENASA. ✓ La transmisión de rabia silvestre es dinámica y cada año se dispersa a nuevas áreas ✓ Los equipos de salud de las regiones de Apurímac y Ayacucho vienen impulsando las coordinaciones a través de sus áreas de promoción de la salud en la abogacía y gestión territorial Movilización interna de mascotas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA presentará una propuesta para ser evaluada por la comisión Remisión de muestras <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA manifestó que es necesario uniformizar un código único entre el SENASA y el MINSA para el tema de muestras de rabia a fin de coordinar con los laboratorios regionales para obtener diagnóstico oportuno de los casos. Otros <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA comentó una propuesta de realizar un taller sobre priorización de enfermedades zoonóticas con enfoque de una salud, en respuesta a brotes y eventos de importancia en salud pública. <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunión de presentación informativa sobre la metodología de priorización de enfermedades zoonóticas con enfoque de una salud Minsa deberá asumir el cargo de la Presidencia de la CMPPCEZ por los siguientes 2 años, a partir del mes de setiembre de 2021. |
| 008-2021-CMPPCEZ | 02/09/2021 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> Transferencia de la presidencia de la CMPPCEZ a MINSA Informe Final del estudio de la caracterización para Rabia |

| N° Acta | Fecha | Principales actividades y acuerdos |
|---|------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA manifestó que informe contendrá recomendaciones que los GORE's deben tomar en cuenta, sin embargo, sería interesante que en cada localidad se forme y trabaje con una comisión ✓ Además, señalo que debe hacer un Plan nacional de prevención y control de rabia silvestre que logre la integración de todos los sectores • Propuesta de Salud para movilización interna de mascotas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINSA presentará el sustento legal y técnico de la propuesta y señalo que Bolivia informaba que el 10% de rabia urbana era producto del tránsito de animales del Perú, comprados en Arequipa y llevados a Bolivia (no hay evidencias), ante lo cual formuló la consulta sobre el manejo de exportación de perros hacia Bolivia que hace el SENASA. <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunión SENASA presentará para la siguiente reunión, estadísticas de exportación de perros hacia Bolivia |
| 001-2022-CMPPCEZ | 30/03/2022 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presidencia del MINSA mencionó que son 6 meses que no se tuvo reuniones, indicando los diversos motivos, además señaló que la inactivación de la comisión, debido a dificultades en el reglamento donde menciona que la Presidencia es rotativo cada 2 años, y que tenía que haber un documento resolutorio para asumir la presidencia • Se realizó un breve resumen de <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rabia Silvestre ✓ Donación de vacunas por parte del INS ✓ Acciones realizadas por SERFOR para las autorizaciones sobre los murciélagos ✓ Movilización de mascotas • MinSA solicitó compartir el Plan de Acción con todas las instituciones integrantes de la CMPPCEZ para poder ir abordando todos los temas planteados y que las diferentes instituciones se integren en los temas planteados <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 21 de abril del presente se realizará una sesión extraordinaria para acordar el desarrollo del plan y SENASA presentará los detalles de hatos libres de brucelosis. • Todos los primeros jueves de cada mes, se realizarán las reuniones |
| 002-2022-CMPPCEZ 1ra Reunión Extraord. | 21/04/2022 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El SENASA realizó la presentación sobre la certificación de hatos libres de Brucelosis Bovina. <ul style="list-style-type: none"> ✓ SENASA indicó que lo ideal sería un trabajo conjunto para poder avanzar para que todos los hatos puedan inscribirse y obtener la condición de libre, ya que, por el momento, según lo establece la normativa vigente, no se puede llegar a la obligatoriedad. ✓ MMPV señaló que los objetivos de la Comisión están referidos a atender a las poblaciones vulnerables, sería recomendable que se pueda evaluar la participación del Viceministerio de Poblaciones Vulnerables del MIMP • Actualización del Plan de Acción <ul style="list-style-type: none"> ✓ SENASA dio a conocer los aportes que enviaron el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, MINSA, Dirección General de Ganadería ✓ MINSA solicitó incluir como invitado al Ministerio del Ambiente en las <p>B. Acuerdos (Avance)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 21 Se recomendó a SENASA priorizar la revisión y aprobación del D.S. N° 033-2000-AG: Reglamento para el Control y Erradicación de Brucelosis Bovina. |
| 003-2022-CMPPCEZ | 05/05/2022 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y Aprobación del Plan de Acción de la CMPPCEZ <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de acción 2022 - 2023 fue presentado por el presidente donde se define las enfermedades priorizadas, actividades, ejecutores responsables, plazos y zonas a intervenir. ✓ DGDG manifestó que es un órgano de línea del MIDAGRI y es normativo, articula con SENASA temas sanitarios y con otros órganos del Ministerio, gobiernos locales y gobiernos regionales • Análisis y formulación de propuestas de intervención de la CMPPCEZ frente a probable brote de brucelosis humana en el departamento de Amazonas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso de investigación el origen de los productos consumidos ✓ SENASA Amazonas la siguiente realizará el levantamiento de la información, asimismo indicó que en la data del SENASA no se tiene antecedentes de casos positivos a Brucelosis bovina en la ganadería de Nieva. • Plan del SENASA para intervención de rabia (vacunación). |

| N° Acta | Fecha | Principales actividades y acuerdos |
|------------------|------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ SENASA realiza campañas oficiales de vacunación contra rabia, ántrax y carbunco sintomático con personal contratado directamente y con la practica privada que cuente con convenio ✓ MINSA que debe hacer un mejor seguimiento para que las personas que han estado en contacto con los animales positivos a rabia se vacunen <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las acciones de intervención multisectorial en los brotes de rabia silvestre en herbívoros, coordinar la identificación y seguimiento de las personas expuestas o contactos con animales sospechosos y positivos a rabia, para el cumplimiento de la profilaxis antirrábica |
| 004-2022-CMPPCEZ | 02/06/2022 | <p>A. Agenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialización de los resultados de la investigación de brucelosis en la provincia de Condorcanqui Amazonas, por parte del SENASA y MINSA. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal del SENASA Amazonas visitó el lugar en coordinación con la red de Salud de Condorcanqui; se realizaron capacitaciones conjuntas en el tema de Brucelosis a un total de 59 personas y se aprovechó también la capacitación en rabia ✓ No hay evidencia de Brucelosis bovina hasta el momento en animales ✓ Se ha confirmado la presencia de brucelosis en humanos. ✓ MINSA señala que esta en la línea de ampliar la investigación epidemiológica y comenta que en el año 2019 en Tacabamba tuvieron 19 casos de brucelosis en humanos. Sugiere ampliar la vigilancia en todos los corredores comerciales • Plan de Intervención de rabia en herbívoros en distritos de regiones priorizadas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendaciones es que se consolide en planes integrales de control de rabia silvestre en los distritos priorizados, situación que aún no se ha consolidado <p>B. Acuerdos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar la investigación epidemiológica en la zona tanto por el SENASA como por MINSA, con relación a los 2 casos de brucelosis en humanos y sospecha de leptospirosis. ✓ Continuar de manera articulada con los diferentes sectores para la fortalecer las acciones de prevención y control que se realicen respecto a la salud pública en Amazonas. |

Anexo n.º 9: Resumen de cuestionarios aplicados a SENASA

| Descripción | ¿Con qué normativas cuenta para la aplicación de las Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional referente a enfermedades infecciosas y/o inocuidad de alimentos? | ¿Con qué mecanismos de coordinación y comunicación multisectorial cuenta para las enfermedades infecciosas, zoonosis y/o inocuidad de alimentos? | ¿Qué tipo de coordinación de sanidad animal y salud pública dispone para la prevención, detección y respuesta a una o más zoonosis prioritarias? |
|--|---|--|---|
| Sub Dirección de Control y Erradicación de Enfermedades | Remite el listado normativo para la prevención y control o erradicación de enfermedades zoonóticas dentro del territorio nacional, sin embargo, señala que no realiza actividades de prevención y control en los puntos de entradas del País. | La SCEE no tiene actividades directamente relacionadas con la implementación del RSI | Comisión Multisectorial Permanente de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas Entidades del MINSA para el desarrollo de proyectos y programas de control de enfermedades zoonóticas priorizadas en el país. Convenios con la actividad privada para ampliar las coberturas de las actividades de prevención de las enfermedades zoonóticas. |
| Sub Dirección de Cuarentena Animal | Remite el listado de normas generales aplicables dentro de sus funciones, sin perjuicio de ello, señala que no cuenta normas específicas para la aplicación de las Capacidades del RSI. | Organización Mundial de Sanidad Animal-OMSA (antes OIE), verificamos las notificaciones que realizan los países miembros cuando se presenta alguna enfermedad que afecta a los animales. Cuando se presenta alguna enfermedad que afecte a los animales, realizamos la notificación directa a la OMSA (lo realiza la SARVE del SENASA), por ser el área competente. Para alimentos de procesamiento primario coordinamos con: Sub-Dirección de Inocuidad Agroalimentaria del SENASA Para alimentos de origen animal industrializados, destinados al consumo humano, coordinamos con la DIGESA (Ministerio de Salud), por ser la Autoridad Competente. | Autoridades Oficiales de los países exportadores interesados en enviar mercancías pecuarias al Perú. Sub-Dirección de Inocuidad Agroalimentaria del SENASA. DIGESA (Ministerio de Salud), MINCETUR o Relaciones Exteriores. Suspensiones comunicadas a la Organización Mundial del Comercio, quien comunica a los países miembros. Las Aduanas de frontera, las autoridades en frontera como la Policía nacional y otras Instituciones como Lima Airport Partner-LAP, nos apoyan durante el control en frontera, para evitar el ingreso de mercancías de riesgo para la sanidad animal. |
| Sub Dirección de Riesgo y Análisis de Riesgo y Vigilancia Epidemiológica | Remite el listado de normas generales aplicables dentro de sus funciones, sin perjuicio de ello, señala que no cuenta normas específicas para la aplicación de las Capacidades del RSI. | - | - |
| Unidad del Centro de Diagnóstico de Sanidad Animal | Remite el listado de normas generales aplicables dentro de sus funciones | Coordinación a través de convenios y alertas epidemiológicas del SENASA con el INS del Ministerio de Salud. | Las coordinaciones se realizan a través de las Instituciones relacionadas a la Sanidad Animal y Salud Pública |
| Sub Dirección de Inocuidad Agroalimentaria SENASA - PERÚ | Remite el listado de normas generales aplicables dentro de sus funciones | En la actualidad, mediante la atención a notificaciones de alertas y rechazos de alimentos agropecuarios primarios y piensos en las distintas Direcciones Ejecutivas. En los casos de manifestación de alguna Enfermedad Transmitida por los Alimentos (ETA) se comunica al órgano competente, en este caso el Ministerio de Salud - MINSA, en sus oficinas desconcentradas de para las acciones inmediatas pertinentes. - Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria - COMPIAL - El Sistema Nacional de Inocuidad Agroalimentaria - SINIA | - |

**Anexo n.º 10: Cuadro resumen del Gasto efectuado en relación a Recursos para el Covid-19 entre el 2020 al 2022
(nivel Devengado)**

| Departamento | Gasto efectuado (Nivel Devengado) | | | |
|---------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| | 2020 (en millones de S/) | 2021 (en millones de S/) | 2022 (en millones de S/) | 2020 - 2022 (en millones de S/) |
| Amazonas | 387 | 290 | 63 | 740 |
| Áncash | 807 | 651 | 113 | 1,571 |
| Apurímac | 379 | 291 | 47 | 718 |
| Arequipa | 821 | 613 | 99 | 1,533 |
| Ayacucho | 541 | 322 | 61 | 924 |
| Cajamarca | 1,070 | 625 | 133 | 1,829 |
| Callao | 620 | 397 | 85 | 1,102 |
| Cusco | 951 | 576 | 105 | 1,632 |
| Huancavelica | 385 | 291 | 46 | 722 |
| Huánuco | 600 | 464 | 75 | 1,138 |
| Ica | 493 | 393 | 87 | 973 |
| Junín | 927 | 731 | 127 | 1,785 |
| La Libertad | 1,084 | 619 | 152 | 1,855 |
| Lambayeque | 747 | 390 | 84 | 1,220 |
| Lima | 10,025 | 9,251 | 2,363 | 21,639 |
| Loreto | 767 | 496 | 129 | 1,392 |
| Madre de Dios | 133 | 64 | 20 | 218 |
| Moquegua | 182 | 101 | 32 | 315 |
| Pasco | 206 | 162 | 37 | 405 |
| Piura | 1,150 | 634 | 146 | 1,930 |
| Puno | 899 | 489 | 79 | 1,467 |
| San Martín | 726 | 385 | 109 | 1,220 |
| Tacna | 263 | 199 | 41 | 503 |
| Tumbes | 190 | 89 | 26 | 304 |
| Ucayali | 396 | 226 | 68 | 690 |
| Total | | | | 47,824(*) |

(*) **Nota:** No se considera el monto correspondiente a la Meta 98: Exterior, a nivel de Gobierno Nacional por un Monto de S/ 26 millones (Devengado)

Elaborado por: Comisión de Auditoría

Fuente: Portal de Consulta amigable – MEF al 15 de setiembre de 2022
 (<https://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx>)

Anexo n.º 11: Componentes del Proyecto de Inversión Pública “Mejoramiento y Ampliación de los Servicios Brindados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 25 Departamentos”**➤ Componente 01**

Suficiente y adecuada infraestructura a nivel sectorial que permita contar con condiciones de habitabilidad para el correcto desempeño de funciones y articulación entre los 03 niveles. Este componente comprende la construcción de la sede institucional del CDC, la construcción de los Centros Macrorregionales de Salud Pública y la construcción del Centro de Bioinformática y Tecnologías Diagnósticas para el CNSP.

➤ Componente 02

Adecuado equipamiento, mobiliario y vehículos para los actores del sistema nacional de salud pública que permita realizar de manera adecuada los servicios de vigilancia, prevención y control de eventos que afectan a la salud pública. Este componente comprende la adquisición de equipamiento, mobiliario y vehículos para la sede institucional del CDC; la adquisición de equipamiento, mobiliario y vehículos para los Centros Macrorregionales de Salud Pública; la adquisición de equipos y vehículos para las direcciones de epidemiología; la adquisición de equipos para los laboratorios de referencia regional; así como, la adquisición de equipos y mobiliario para el laboratorio de bioinformática y tecnologías diagnósticas.

➤ Componente 03

Adecuadas capacidades de los actores del sistema nacional de vigilancia epidemiológica que les permita contar con especializaciones y poder formular e implementar políticas sanitarias alineadas con los objetivos y recursos disponibles que mejoren el sistema de vigilancia en salud pública. Este componente comprende la capacitación en epidemiología e intervenciones en salud pública, así como, la implementación de capacidad organizacional mediante documentos normativos.

➤ Componente 04

Oportunos sistemas de información en salud pública que sean interoperables y permitan cumplir con estándares de calidad. Este componente comprende la Implementación de la interoperabilidad de los Sistemas de Información NOTI-CDC y NETLAB-INS, así como, la Adquisición de Sistemas Integrados de Gestión de Calidad para los Laboratorios de Referencia Regional de Salud Pública a nivel nacional.

Anexo n.º 12: Listado de Documentos remitidos por los laboratorios referenciales

| LRR | Fecha | Documento | Descripción |
|----------|------------|--|---|
| Apurímac | 17/08/2022 | Oficio n.º 1364-2022-DG-DIRESA-AP | Instrumentos de recolección de información de los laboratorios en la región Diresa Apurímac |
| Lima | 16/08/2022 | Oficio n.º 2028-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG-DEIS | Información del Laboratorio de Referencia Regional de Salud Pública |
| Loreto | 17/08/2022 | Oficio n.º 187-2022-GRL-GRSL/30.09 | Instrumento de recolección de información de Laboratorio de Salud Pública |
| Piura | 12/08/2022 | Oficio n.º 0209-2022-GOB-REG-DRSP-43002012 | Información del Estado Situacional Lares-Piura |
| Tarapoto | 16/08/2022 | Oficio n.º 0209-2022-GOB-REG-DRSP-43002012 | Información sobre la Capacidad del Sistema Sanitario del Laboratorio Referencial Regional |
| Arequipa | 12/08/2022 | Correo Electrónico de Responsable de laboratorio referencial del Gobierno regional de Salud Arequipa | Instrumentos de recolección de información de los laboratorios en la región Arequipa |
| Tacna | 12/08/2022 | Correo Electrónico de la Directora de Laboratorio de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud de Tacna | Solicitud de información DLSP Tacna |
| Moquegua | 11/08/2022 | Correo Electrónico de la Directora de Laboratorio de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud de Moquegua | Solicitud de información DLSP Moquegua |

Anexo n.º 13: Resumen de los informes emitidos por la Comisión Multisectorial RSI

| Periodo del Informe | Aspectos Importantes |
|-------------------------|---|
| Agosto-Diciembre 2014 | <p>Grandes Líneas de Acción del Plan La Comisión Multisectorial ha identificado que la mayor brecha de acciones a desarrollar está concentrada en 3 capacidades básicas: i) puntos de entrada, ii) eventos químicos y iii) emergencias radiactivas.</p> <p>Monitoreo y seguimiento de la implementación del plan de capacidades básicas Se determinó que en promedio el grado de implementación de las capacidades se encuentra en un 85%, siendo los indicadores referidos a los eventos químicos y puntos de entrada los que aún se encuentran con un grado de implementación bajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el tema de emergencias radiactivas, hasta diciembre de 2014, como parte del cumplimiento de los indicadores se ha elaborado la propuesta de Convenio Marco entre el Instituto Peruano de Energía Nuclear y el MINSA, lo cual permitirá articular la respuesta a emergencias por material radiactivo tanto en la coordinación como en la comunicación de la misma. En el tema de puntos de entrada el MTC en coordinación con el MINSA, actualmente realizan las gestiones y coordinaciones para lograr la habilitación de 3 módulos para la evaluación de contactos de personas sospechosas de infecciones transmisibles en los aeropuertos: Internacional Jorge Chávez de Lima, Aeropuerto Internacional Coronel FAP Francisco Secada Vignetta de Iquitos y Aeropuerto Internacional Teniente Alejandro Velasco Astete de Cusco. <p>Diagnóstico del monitoreo de las capacidades básicas Son 28 indicadores agrupados en 9 capacidades básicas las que se tienen previstas implementar en el marco del Plan de Capacidades Básicas para el RSI. Para efectos del trabajo articulado intersectorial, se han conformado 5 grupos de trabajo para monitorear la implementación de las capacidades básicas. Estos grupos de trabajo ya han iniciado las reuniones para el monitoreo de la implementación de dichas capacidades.</p> <p>Recomendaciones Es necesario que cada sector inicie un proceso de identificación de la legislación nacional pertinente, para el cumplimiento de dicha capacidad básica.</p> |
| Agosto 2014-Agosto 2015 | <p>Monitoreo y seguimiento de la implementación del plan de capacidades básicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Legislación nacional, política y financiamiento: Para esta sección, si bien no se ha cumplido la actividad en su totalidad, actualmente se cuenta con la publicación de legislación para la vigilancia y respuesta a eventos de salud pública de importancia nacional e internacional del sector Salud en la web de la DGE. Una de las debilidades para el cumplimiento, es que no se dispone de la legislación de los diferentes sectores. Coordinación y comunicaciones de los CNE: En relación a la actividad programada de elaboración de protocolos de coordinación entre el CNE y dependencias claves que cumplen con las capacidades básicas del RSI, señalaron que, a raíz de la emergencia por el virus del Ébola, la DGE - MINSA, elaboró 6 Protocolos de Urgencia, en los que se han establecido la coordinación y comunicación intersectorial ante amenazas internacionales, Respuesta: En relación a la actividad de designación de área responsable para operaciones de mando y control en DGE a dedicación exclusiva para RSI, señalaron que cuentan con la jefatura de Alerta y Respuesta, sobre la cual recaen las acciones de vigilancia y respuesta ante emergencias de importancia en salud pública nacional e internacional, en concordancia con el RSI Preparación: En relación a la actividad de identificación de necesidades y adquisición de equipos, medicamentos, insumos y equipos de protección personal para enfrentar potenciales situaciones de emergencias biológicas, químicas y radioactivas en el país, señalaron que no se ha concluido, sin embargo, como avance se ha iniciado la gestión cursando un documento a los hospitales de nivel III, para contar con la información que permite realizar el diagnóstico y establecer brechas y necesidades. Recursos humanos: En relación a la actividad de elaboración de un diagnóstico sobre déficit y necesidad de capacitación de recursos humanos para el cumplimiento del RSI, e iniciar dotación de recursos humanos y capacitaciones necesarias en las áreas con mayor déficit, señalaron que se ha iniciado la actividad, habiéndose oficiado a las instituciones y sectores involucrados, para la remisión de información respectiva, sobre la cual se establecerá un diagnóstico situacional de los recursos humanos. Laboratorio: En relación a la actividad de completar el proceso de acreditación de los laboratorios de referencia de TBC y dengue del CNSP-INS. (Certificación ISO 9001, ISO 15189, equipos y calibración), no señalaron nada. Puntos de entrada: En relación a la elaboración y aplicación del instrumento para el análisis de riesgos de importancia de salud pública para el RSI en los puntos de entrada priorizados, |

| Periodo del Informe | Aspectos Importantes |
|------------------------|--|
| | <p>señalaron que de acuerdo al Plan, se ha contemplado 10 puntos de entrada priorizados: 7 puertos marítimos (Paita - Piura, Salaverry – La Libertad, Pisco – Ica, Ilo – Moquegua, Callao – Lima, Chimbote – Ancash, Matarani – Arequipa); 2 aeropuertos (Coronel FAP Francisco Secada Vignetta – Loreto, Jorge Chávez – Lima) y 1 paso fronterizo (frontera Perú – Ecuador), en los cuales se implementarán las capacidades básicas.</p> <p>Asimismo, señalaron que se ha gestionado y construido los módulos prefabricados de los Aeropuertos Internacionales de Lima e Iquitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventos químicos: En este punto señalaron que la Dirección de Insumos Químicos y Productos Fiscalizados de la Dirección General de Industria del Viceministerio de MYPE del Ministerio de la Producción tiene un representante en la Comisión Multisectorial, quien tenía la tarea de elaborar la propuesta del Plan de Preparación y Respuesta ante riesgos y emergencias por sustancia químicas en coordinación con otros sectores involucrados; sin embargo no se concretó debido al cambio de designación del representante. • Emergencias de radiactividad: En este punto señalaron que se ha logrado establecer el “Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Energía Nuclear”, que permitirá estrechar la coordinación entre ambos sectores para articular la respuesta ante riesgos radiológicos, incluidos la programación de simulacros. <p>Financiamiento: En este punto señalaron que para dar continuidad al seguimiento del Plan en el próximo periodo, es imperiosa la planificación de actividades que contemplen un marco presupuestal, según competencias de los sectores.</p> <p>Diagnóstico del monitoreo de las capacidades básicas Hasta la evaluación del presente periodo, de los 28 indicadores por implementar hasta la evaluación del presente informe, seis indicadores se implementaron completamente (100 %), cinco cuentan con un grado aceptable de capacidades básicas instaladas (80 – 94%), mientras que dos de las capacidades aún merecen especial atención para su implementación.</p> <p>Recomendaciones Se espera que cada representante de la Comisión pueda gestionar y canalizar al interior de sus sectores un monto destinado al cumplimiento de las acciones del Plan de capacidades básicas, para ser insertadas en el Plan Operativo Anual de cada institución.</p> |
| Setiembre-Octubre 2015 | <p>Acciones realizadas para el seguimiento del plan de mejoramiento de capacidades básicas de la vigilancia y respuesta en el país Para el tema de Emergencias Radiactivas, el Instituto Peruano de Energía Nuclear viene elaborando el Plan de Preparación y Respuesta ante Riesgos Radiológicos y Nucleares, el cual incluye la participación de los Ministerios de Energía y Minas, Trabajo y Promoción del Empleo, Ambiente, Salud, Interior, Defensa, Relaciones Exteriores y el de Vivienda, Construcción y Saneamiento.</p> <p>El MINSA viene elaborando el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante el Riesgo Bioterrorista, del Sector Salud.</p> <p>La Dirección General de Epidemiología del MINSA, está realizando las coordinaciones con la Oficina General de Comunicaciones para la elaboración del Plan Nacional de Comunicación de Riesgos.</p> |
| Enero-Junio 2016 | <p>Progreso de la implementación de las capacidades básicas En febrero de 2016, la Ex - Dirección General de Epidemiología (Hoy Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades) realizó una nueva autoevaluación de las capacidades básicas, en base a los logros de las acciones intersectoriales, la misma que durante la primera sesión extraordinaria de la Comisión Multisectorial, fue revisada y evaluada con los sectores participantes, concluyendo que el país actualmente ha logrado implementar la mayoría de las capacidades básicas requeridas en concordancia con el RSI.</p> <p>Capacidades básicas</p> <p>Respuesta: Señalaron que cuentan con un 96,30 % de grado de cumplimiento, toda vez que el país aún viene trabajando en la modernización y equipamiento de los principales centros hospitalarios del país, tanto a nivel nacional y subnacional, ello permitirá contar con hospitales de tercer nivel de atención que incluyan infraestructura, personal, dotación de recursos y procedimientos específicamente designadas para pacientes que requieran precauciones de aislamiento específico.</p> <p>Asimismo, señalaron que tanto el Minsa ha garantizado las intervenciones frente a emergencias sanitarias de carácter nacional e internacional, mediante el empleo de recursos económicos y logísticos</p> |

| Periodo del Informe | Aspectos Importantes |
|---------------------|---|
| | <p>canalizados a través de asistencias técnicas directas a las regiones y mediante declaratorias de emergencia sanitarias, destinando fondos para activar la respuesta en las regiones afectadas.</p> <p>Preparación: Señalaron que cuentan con un 95,24 %, de cumplimiento, debido a que aún no se dispone de un stock estratégico de insumos y medicamentos estimado para el nivel nacional y en forma conjunta con las regiones de salud para responder a eventos químicos y radiactivos prioritarios, principalmente.</p> <p>Comunicación de Riesgo: Señalaron que cuentan con un 90% de cumplimiento, ya que en el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a la enfermedad por virus Zika - Perú, 2016” contempló una línea de acción específica correspondiente a comunicación de riesgo.</p> <p>Recursos Humanos: Señalaron que alcanzaron el 100% en el cumplimiento de esta capacidad, ya que mediante el Programa de especialización en Epidemiología de Campo – PREC se han formado, hasta el 2013, 149 especialistas en epidemiología de campo que fortalecerán la Red Nacional de Epidemiología (Renace).</p> <p>Además, señalaron que entre el 27 de mayo al 27 de agosto de 2015 se dio inicio al “I Curso de Epidemiología Básica”. Se espera que los 3 niveles de formación (básico, intermedio y avanzado) en epidemiología sean completados.</p> <p>Puntos de entrada: En este punto no indicaron el porcentaje de cumplimiento alcanzado, pero si señalaron que implementaron la habilitación de 3 módulos prefabricados para la evaluación de contactos de personas sospechosas de infecciones transmisibles, ubicados en el Aeropuerto Internacional Jorge Chávez de Lima, Aeropuerto Internacional Coronel FAP Francisco Secada Vignetta de Iquitos y Aeropuerto Internacional Teniente Alejandro Velasco Astete de Cusco, en el marco del “Decreto de Urgencia N° 003-2014, que dicta medidas urgentes y excepcionales en materia económica y financiera destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente al riesgo de introducción del virus de Ébola en el territorio Nacional”. Si bien dichos módulos ya han sido culminados, sin embargo, aún están en proceso de recepción por parte de la Direcciones Regionales de Salud correspondientes.</p> <p>Eventos Químicos: Señalaron que alcanzaron un 83,33 % de cumplimiento en esta capacidad, ya que contaron con una consultoría, lo cual ha permitido a la fecha, disponer de un diagnóstico de riesgos químicos en la geografía nacional, evaluar las actividades desarrolladas en el país para el fortalecimiento del control de riesgos por eventos químicos, así como contar con una propuesta de “Plan Nacional Multisectorial de Preparación y Respuesta frente a eventos químicos”, mediante consultoría, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.</p> <p>Recomendaciones Se han realizado grandes esfuerzos para la implementación de las capacidades básicas, los mismos que se han visto reflejados en las autoevaluaciones iniciales que se realizaron, tanto previos a la elaboración del Plan (2013) y posteriormente (2014 – 2015); y finalmente en el presente año sobre la base de las acciones intersectoriales articuladas, y de acuerdo a la autoevaluación de febrero 2016, se estableció que el país ha logrado implementar, en su mayoría, las capacidades básicas mínimas para la implementación del RSI.</p> <p>Considerando que el proceso de implementación de las capacidades básicas es dinámico, es necesario continuar con el fortalecimiento de las capacidades básicas logradas y como parte del seguimiento al Plan de Capacidades Básicas, incidiendo principalmente en los puntos concernientes a las capacidades básicas de eventos químicos, Comunicación de Riesgo, Preparación y Respuesta, para su implementación.</p> <p>Si bien en la evaluación final del seguimiento de capacidades básicas, un logro importante ha sido la elaboración de la propuesta del “Plan Nacional Multisectorial de Preparación y Respuesta frente a eventos químicos”, se requiere que este sea socializado al interior de la Comisión, a fin de consensuarlo y enriquecerlo con los aportes de los diferentes sectores, para concretar la versión final, para su elevación a la instancia correspondiente para su posterior aprobación</p> <p>Anexos Oficio N° 143-2016-DVM-SP/MINSA, con el que se informa a la OPS que mediante el cuestionario de seguimiento del progreso de las capacidades básicas requeridas por el RSI en los Estados Partes, se</p> |

| Periodo del Informe | Aspectos Importantes |
|---------------------|--|
| | concluyó que el país ha logrado implementar, en su gran mayoría, las capacidades básicas mínimas requeridas. |
| 2018 | <p>De la Comisión Multisectorial</p> <p>Desde su instalación el 8 de agosto de 2014, hasta el 2016, la Comisión sesionó en 19 oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2014 (6 sesiones ordinarias)• 2015 (7 sesiones ordinarias)• 2016 (4 sesiones ordinarias, y 2 extraordinarias) <p>Luego del cambio de dependencia de la Comisión, se mantuvo inactiva por 18 meses.</p> <p>Cabe señalar que este informe de 2018, más que un informe de la Comisión Multisectorial es un informe del Equipo Técnico de Alerta y Respuesta, que se realiza como respuesta al Oficio n.° 3341-2018-SG/Minsa, con el cual el Secretario General del Ministerio de Salud, solicita se reporten las actividades de la Comisión Multisectorial, ya que se le había informado que no lo estaban presentando.</p> |

*Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional
Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú*

Jesús María, 23 de Setiembre de 2022
OFICIO N° 001179-2022-CG/DC

Señor:
Jorge Antonio López Peña
Ministro de Estado
Ministerio de Salud
Av. Salaverry Cdra. 8 S/N
Lima/Lima/Jesús María

Asunto : Remisión de Informe de Auditoría N° 8751-2022-CG/ADES-ADE

Referencia : a) Oficio N° 000507-2022-CG/DC de 06 de junio de 2022.
b) Literal c) del numeral 7.1.3 de la Directiva N° 002-2022-CG/VCSCG
"Auditoría de Desempeño" aprobada por Resolución de Contraloría
N° 002-2022-CG de 7 de enero de 2022.
c) Literal b) del numeral 7.1.1.1 de la Directiva N° 014-2020-CG/SESNC
"implementación de recomendaciones de los informes de control
posterior, seguimiento y publicación" aprobada por Resolución de
Contraloría N° 343-2020-CG de 23 de noviembre de 2020.

Tengo el agrado de dirigirme a usted en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Resolución de Contraloría N° 291-2022-CG de 8 de setiembre de 2022, y en mérito al documento de la referencia a), mediante el cual la Contraloría General de la República dispuso la realización de la "Auditoría de Desempeño sobre la Capacidad del Sistema Sanitario para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de Salud Pública – meta 3.d del ODS 3", por el período del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2021.

Al respecto, como resultado de la citada auditoría se ha emitido el informe N.° 8751-2022-CG/ADES-ADE, cuya copia digital se adjunta al presente oficio en ciento tres (103) folios, y le será remitido a través de la casilla electrónica del Ministerio de Salud, con el propósito que en su condición de titular de la entidad examinada, disponga las acciones necesarias para la elaboración del Plan de Acción (se adjunta formato), que deberá ser remitido a esta Entidad Fiscalizadora Superior en el plazo de veinte (20) días hábiles, contados a partir del día siguiente de recibido el presente informe, conforme a lo establecido en la normativa de las referencias b) y c).

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

Humberto Bernardo Ramirez Trucios
Vicecontralor de Integridad y Control
Contralor General de la República (e)

(HRT/adz)
Nro. Emisión: 02120 (D100 - 2022) Elab:(U60564 - L200)

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Contraloría General de la República, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://verificadoc.contraloria.gob.pe/verificadoc/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **JSDFMOT**



| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|--|---------------------|
| PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DEL INFORME DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR | | | | | | | | |
| PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DEL INFORME DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR "Implementación de las recomendaciones de los informes de servicios de control posterior, seguimiento y publicación" | | | | | | | | |
| Entidad: | | | | | | | | |
| Número del Informe de servicio de control posterior: | | Fecha de aprobación del Informe : | | | | | | |
| Tipo de servicio de control posterior: | | | | | | | | |
| Órgano del Sistema Nacional de Control a cargo del servicio de control posterior: | | | | | | | | |
| Titular de la entidad: | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES ORIENTADAS A MEJORAR LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD | | | | | | | | |
| N° de la Recomendación <small>(Según el informe de servicio de control posterior)</small> | Recomendación <small>(Transcribir la recomendación del informe de servicio de control posterior incluyendo el número de la conclusión de la cual se deriva)</small> | Acciones concretas a ejecutar para la implementación de la recomendación <small>(Acción o acciones orientadas a corregir la deficiencia o desviación detectada; así como la causa que lo motivó)</small> | Medio de verificación <small>(documentos u otros medios que permitan comprobar la ejecución de las acciones)</small> | Plazo para implementar la recomendación <small>(Establecer la fecha fin en día/mes/año)</small> | Órgano o unidad orgánica responsable de implementar la recomendación | Documento con la cual se asigna la recomendación al órgano o unidad orgánica | Funcionario responsable del órgano o unidad orgánica | |
| | | | | | | | DNI | Nombres y apellidos |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El presente Plan de Acción es aprobado y suscrito por [Nombre del Titular de la entidad] – [Cargo del Titular de la entidad y nombre de la entidad] el [día de mes de año], comprometiéndose a remitir al Órgano de Control Institucional (OCI) o a la Contraloría General de la República, la documentación que sustente las acciones adoptadas para la implementación de las recomendaciones del informe de servicio de control posterior.

[Nombres y apellidos del Titular de la entidad (1)]

Cargo

DNI

[Nombre y apellido del Funcionario público responsable del monitoreo (2)]

Cargo

DNI

[Nombre y apellido del Funcionario público responsable del órgano o unidad orgánica (3)]

Cargo

DNI

(1) El Titular de la entidad suscribe obligatoriamente el Plan de Acción lo cual implica su aprobación.
(2) Funcionario designado por el Titular de la entidad como responsable del monitoreo del proceso de implementación a las recomendaciones del informe de servicio de control posterior. Suscribe obligatoriamente el Plan de Acción.
(3) Funcionario(s) responsable(s) del/los órgano(s) o unidad(es) orgánica(s) a cargo de la implementación de la(s) recomendación(es). Suscribe(n) obligatoriamente el Plan de Acción.



CÉDULA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA N° 00000003-2022-CG/ADES-01-011

DOCUMENTO : OFICIO N° OFICIO-001179-2022-DC

EMISOR : JOSE LUIS VALENZUELA ORTIZ - JEFE DE COMISIÓN - AUDITORÍA DE DESEMPEÑO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL, RELACIONADAS CON LA META 3.D DE LOS ODS 3. - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

DESTINATARIO : JORGE ANTONIO LOPEZ PEÑA

ENTIDAD SUJETA A CONTROL : MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN : CASILLA ELECTRÓNICA N° 20131373237

TIPO DE SERVICIO CONTROL GUBERNAMENTAL O PROCESO ADMINISTRATIVO : SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR - AUDITORÍA DE DESEMPEÑO

N° FOLIOS : 104

Sumilla: Como resultado de la "Auditoría de Desempeño sobre sobre la Capacidad del Sistema Sanitario para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de Salud Pública ¿meta 3.d del ODS 3" se remite el informe N.º 8751-2022-CG/ADES-ADE, cuya copia digital se adjunta al presente oficio en ciento tres (103) folios.

Se adjunta lo siguiente:

1. OFICIO-001179-2022-DC
2. INFORME N° 8751-2022-CG-ADES-ADE





CARGO DE NOTIFICACIÓN

Sistema de Notificaciones y Casillas Electrónicas - eCasilla CGR

DOCUMENTO : OFICIO N° OFICIO-001179-2022-DC

EMISOR : JOSE LUIS VALENZUELA ORTIZ - JEFE DE COMISIÓN - AUDITORÍA DE DESEMPEÑO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL, RELACIONADAS CON LA META 3.D DE LOS ODS 3. - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

DESTINATARIO : JORGE ANTONIO LOPEZ PEÑA

ENTIDAD SUJETA A CONTROL : MINISTERIO DE SALUD

Sumilla:

Como resultado de la "Auditoría de Desempeño sobre sobre la Capacidad del Sistema Sanitario para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de Salud Pública ¿meta 3.d del ODS 3" se remite el informe N.º 8751-2022-CG/ADES-ADE, cuya copia digital se adjunta al presente oficio en ciento tres (103) folios.

Se ha realizado la notificación con el depósito de los siguientes documentos en la **CASILLA ELECTRÓNICA N° 20131373237**:

1. CÉDULA DE NOTIFICACIÓN N° 00000003-2022-CG/ADES-01-011
2. OFICIO-001179-2022-DC
3. INFORME N° 8751-2022-CG-ADES-ADE

NOTIFICADOR : JOSE LUIS VALENZUELA ORTIZ - SUBGERENCIA DE AUDITORÍA DE DESEMPEÑO - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA



*Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional
Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú*

Jesús María, 23 de Setiembre de 2022
OFICIO N° 001178-2022-CG/DC

Señora:
Jenny Patricia Ocampo Escalante
Ministra de Estado
Ministerio de Desarrollo Agrario Y Riego
Av. La Universidad N° 200 - La Molina
Lima/Lima/La Molina

Asunto : Remisión de Informe de Auditoría N° 8751-2022-CG/ADES-ADE

Referencia : a) Oficio N° 000506-2022-CG/DC de 06 de junio de 2022.
b) Literal c) del numeral 7.1.3 de la Directiva N° 002-2022-CG/VCSCG
"Auditoría de Desempeño" aprobada por Resolución de Contraloría
N° 002-2022-CG de 7 de enero de 2022.
c) Literal b) del numeral 7.1.1.1 de la Directiva N° 014-2020-CG/SESNC
"implementación de recomendaciones de los informes de control
posterior, seguimiento y publicación" aprobada por Resolución de
Contraloría N° 343-2020-CG de 23 de noviembre de 2020.

Tengo el agrado de dirigirme a usted en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Resolución de Contraloría N° 291-2022-CG de 8 de setiembre de 2022, y en mérito al documento de la referencia a), mediante el cual la Contraloría General de la República dispuso la realización de la "Auditoría de Desempeño sobre la Capacidad del Sistema Sanitario para prevenir, fortalecerse y prepararse para los riesgos de Salud Pública – meta 3.d del ODS 3", por el período del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2021.

Al respecto, como resultado de la citada auditoría se ha emitido el informe N.º 8751-2022-CG/ADES-ADE, cuya copia digital se adjunta al presente oficio en ciento tres (103) folios, y le será remitido a través de la mesa de partes del Midagri, con el propósito que en su condición de titular de la entidad examinada, disponga las acciones necesarias para la elaboración del Plan de Acción (se adjunta formato), que deberá ser remitido a esta Entidad Fiscalizadora Superior en el plazo de veinte (20) días hábiles, contados a partir del día siguiente de recibido el presente informe, conforme a lo establecido en la normativa de las referencias b) y c).

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

Humberto Bernardo Ramirez Trucios
Vicecontralor de Integridad y Control
Contralor General de la República (e)

(HRT/adz)
Nro. Emisión: 02119 (D100 - 2022) Elab:(U60564 - L200)

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Contraloría General de la República, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://verificadoc.contraloria.gob.pe/verificadoc/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **BDNOOQS**



| PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DEL INFORME DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|--|---------------------|
| PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES DEL INFORME DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR "Implementación de las recomendaciones de los informes de servicios de control posterior, seguimiento y publicación" | | | | | | | | |
| Entidad: | | | | | | | | |
| Número del Informe de servicio de control posterior: | Fecha de aprobación del Informe : | | | | | | | |
| Tipo de servicio de control posterior: | | | | | | | | |
| Órgano del Sistema Nacional de Control a cargo del servicio de control posterior: | | | | | | | | |
| Titular de la entidad: | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES ORIENTADAS A MEJORAR LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD | | | | | | | | |
| N° de la Recomendación <small>(Según el informe de servicio de control posterior)</small> | Recomendación <small>(Transcribir la recomendación del informe de servicio de control posterior incluyendo el número de la conclusión de la cual se deriva)</small> | Acciones concretas a ejecutar para la implementación de la recomendación <small>(Acción o acciones orientadas a corregir la deficiencia o desviación detectada; así como la causa que lo motivó)</small> | Medio de verificación <small>(documentos u otros medios que permitan comprobar la ejecución de las acciones)</small> | Plazo para implementar la recomendación <small>(Establecer la fecha fin en día/mes/año)</small> | Órgano o unidad orgánica responsable de implementar la recomendación | Documento con la cual se asigna la recomendación al órgano o unidad orgánica | Funcionario responsable del órgano o unidad orgánica | |
| | | | | | | | DNI | Nombres y apellidos |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El presente Plan de Acción es aprobado y suscrito por [Nombre del Titular de la entidad] – [Cargo del Titular de la entidad y nombre de la entidad] el [día de mes de año], comprometiéndose a remitir al Órgano de Control Institucional (OCI) o a la Contraloría General de la República, la documentación que sustente las acciones adoptadas para la implementación de las recomendaciones del informe de servicio de control posterior.

[Nombres y apellidos del Titular de la entidad (1)]

Cargo

DNI

[Nombre y apellido del Funcionario público responsable del monitoreo (2)]

Cargo

DNI

[Nombre y apellido del Funcionario público responsable del órgano o unidad orgánica (3)]

Cargo

DNI

(1) El Titular de la entidad suscribe obligatoriamente el Plan de Acción lo cual implica su aprobación.
(2) Funcionario designado por el Titular de la entidad como responsable del monitoreo del proceso de implementación a las recomendaciones del informe de servicio de control posterior. Suscribe obligatoriamente el Plan de Acción.
(3) Funcionario(s) responsable(s) del/los órgano(s) o unidad(es) orgánica(s) a cargo de la implementación de la(s) recomendación(es). Suscribe(n) obligatoriamente el Plan de Acción.

Jose Luis Valenzuela Ortiz

De: Tramite Virtual MINAGRI <tramitevirtual@midagri.gob.pe>
Enviado el: lunes, 26 de setiembre de 2022 01:18 p.m.
Para: Jose Luis Valenzuela Ortiz
Asunto: OFICIO 001178-2022-CG/DC

Estimado(a) administrado(a)

Por el presente le informamos que su documento fue registrado en el Sistema de Gestión Documentaria (SIGGED) del Ministerio de Agricultura y Riego, con el Código Único de Trámite (CUT) N° 43913-2022

NOTA: No responder a este correo, por cumplir solo función de notificación.

Aprovechamos para informarle, que para consultas y seguimiento de su documento podrá comunicarse de Lunes a Viernes a los teléfonos siguientes:

ALOMIDAGRI - OACID // 8:00 am. a 5:00 pm/ (Lunes – Viernes):

963854774, 975548280, 972160639, 969592372, 999840491, 951677048, 995233883 y 988681117

Atentamente,

Pedro Huánuco
Mesa de Partes Virtual
Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego