USAID | PERU | POLITICAS EN SALUD

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Quarterly Report 1

January – March 2010

This document was elaborated by the Health Policy Project staff for revision of the United States Agency for International Development (USAID) under contract # GHS-I-10-07-00003-00

Acronyms

COP	Chief-of-Party
DCOP	Deputy Chief-of-Party
DIGEMID	Health Supplies Directorate
HIS	Health Information System/s
HHR	Human Resources for Health
IHC	Intergovernmental Health Committee
IT	Information Technology
M&E	Monitoring and Evaluation
MEF	Ministry of Economics and Finance
MOH	Ministry of Health
MOH-DO	Ministry of Health Decentralization Office
MOF	Organization and Functions Manuals
MR	Micro Network
NDI	National Democratic Institute
NGO	Nongovernmental Organization
PMO	Prime Minister's Office
PEAS	Essential Health Insurance Plan
RHD	Regional Health Directorate
ROF	Regulations for Organization and Functions
RPO	Regional Planning Office
SD	Decentralization Secretariat
SGP	Secretariat of Public Management
SIAF	Integrated Financial Management System
SIGA	Sistema Integrado de Gestion Administrativa
SIS	Integrated Health Insurance Program
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico - Quirúrgicos
UHIL	Universal Health Insurance Law
USAID	United States Agency for International Development

Contents

Acronyms 2

Contents 3

Executive Summary 4

Introduction 6

1. Progress 8

    1. Health Sector Governance 9

    2. Health Sector Financing and Insurance 12

    3. Health Information 14

    4. Health Workforce 16

    5. Medical Products, Vaccines and Technologies 19

2. Results Reporting Table 22

3. Planned Activities April-June 2010 29

4. Problems encountered 38

5. Proposed Solutions to New Problems 39

6. List of Upcoming Events 40

7. Collaboration 42

8. Financial report 43

Appendix 1: Project Locations 45

Appendix 2: Project Presentation Meetings Held with Counterparts 46

Appendix 3: Documents Elaborated 48

Project start up activities began on January 20, and six weeks later complete project staff was installed in Lima and in six regional offices. Main activities during the start up process were the elaboration of the project work plan and M&E plan and presentation of project objectives and activity lines to main stakeholders, including the MOH –Minister, advisors and technical team- and regional authorities in Apurimac, Ayacucho, Cusco and San Martin[1].

In the short period of project technical implementation, the team has provided technical assistance to the Decentralization Office (DO) of the Ministry of Health (MOH) for the organization of the meetings of the Intergovernmental Health Commission (IHC) and has facilitated these meetings; this has resulted in the approval of the IHC work plan for 2010 and the constitution of four work groups. The MOH is formally requesting the project for continuous technical assistance to these groups. The project has provided technical assistance to the Regional Government (RG) of San Martin to implement the unique reorganization process of the Regional Health Directorate (RHD). Assistance has been provided to the Coordination Committee of the Political Parties Agreement in Health to develop a proposal of a program for the deliberation among national political parties in the pre-election phase regarding health policy priorities for the new government. Regional Advisors have initiated work with Political Dialogue Promoter Groups in Ayacucho, Cusco, Huanuco and San Martin.

The project has analyzed the Municipal Incentives Program, has discussed its implementation with the MOH and the Ministry of Finance (MOF) and has facilitated an agreement between the RG of San Martin and the Local Governments that constitute AMRESAM (Municipal Association of San Martin) for a coordinated implementation of the program. The team has provided assistance to the MOH (Planning and Budgeting Office, Human Health Directorate and Public Health Insurance) and MOF to develop the new Result Based Budget programs, as established in the 2010 Budget Law.

[1] Visits to Huanuco and La Libertad were approved by USAID/HPN Office for April.

The project has advanced in the methodological discussion for the estimation of human resources gap for Universal Health Insurance implementation, the technical discussion for the definition of key human resources management and planning processes, and procedures to define management competencies of health services staff; and has defined the tools for a rapid assessment of the medicines supply management system at the regional level.

Project activities during the next quarter will cover the national, regional and local levels. In Health Governance, activities will address support to RHD in the reorganization of their health services networks, support to fostering groups of policy dialogue among political parties in Lima and in six regions, and the discussion of anticorruption issues in Huanuco. In Health Financing, the project will promote the discussion of the basic features of a Health Financing Law, and technical assistance at the regional level to link budgeting processes of results-based-budget to local government incentives. In Health Human Resources, regional workshops will begin in the six regions to train RHD officials in the analysis of HR gaps, the methodology to define job competencies, the definition of managerial competencies and the features of a HR planning system. In Medical Products, the project team will conduct the rapid assessment of the pharmaceutical supply system in the six project regions.

A collaborative activity for this quarter between the project and the USAID|Quality of Care is the elaboration, jointly with the RHD of San Martin, of a comprehensive health intervention model that shall integrate changes at the support systems level with changes at the service provision level, in order to guarantee resolution and quality of care. Additionally, coordination meetings with PARSalud will contribute to joint work in the regions of Apurimac, Ayacucho and Cusco.

The main focus in this quarter has been the start up and planning of the project, the integration of the project's work team and the coordination with main counterparts and partners. This has been achieved successfully, whilst also initiating key technical activities taking advantage of opportunities that arose during the period.

The Health Policy Project (USAID|PeruPoliticas en Salud) began its technical and managerial activities on January 20, with a five-person core staff. On January 25, project COP and DCOP had the first meeting with the USAID Health Office Director and project COTR. During the following week, the management team met USAID Director, Contract Office, Decentralization Office and Anticorruption Program.

Project staff was hired during the first two weeks of February, so a three-week strategic planning process could start with 27 project employees, both permanent and consultants. The products that resulted from this process were the project work plan and the M&E plan, as well as a motivated and integrated team with a complete knowledge of both technical and administrative issues related with project implementation.

By the second week of March, the project teams were installed in the main office in Lima and in six regional offices in Apurimac, Ayacucho, Cusco, Huanuco, La Libertad and San Martin (Appendix 1). During this month, the COP and the DCOP visited four of the regions to present the project objectives and main activities to the Regional Governments, including the President, Regional Social Manager and Regional Health Director. Project regional advisors have been working with the RG technical teams in developing an implementation plan based in project workplan that could achieve some specific benchmarks by December when current regional and local authorities will be finishing their government periods.

In Lima, project staff has also presented project objectives and activities to the main counterparts and different stakeholders. At the MOH, several visits were made to the Minister and Advisors, Vice Minister and Advisors, General Director of Human Health, General Director of Human Resources Development, General Director of

Medicines, Supplies and Drugs, Chief of Statistics and Information, Chief of Decentralization, Chief of Planning and Budgeting. At the Prime Minister Office, project staff visited the National Authority of Civil Service (SERVIR), the Secretary of Decentralization and the Secretary of Public Management. At the MEF, the meeting was with the Chief of Public Budgeting. A complete list of organizations visited during this period is in Appendix 2.

Technical work implemented during this period, includes TA to fostering groups promoting policy dialogue, TA to the MOH-DO in support of IHC, TA in San Martin to implement their unique reorganization process and the coordination for the implementation of the Municipal Incentives Program; technical discussions regarding the formulation of new Result Based Budget programs; and methodological advances for the estimation of human resources gap for UHI implementation, definition of key human resources management and planning processes, and elaboration of tools for a rapid assessment of the medicines supply management system.

1. Progress

The start up and planning activities of the project have been successfully completed and by the end of the quarter the project is fully operational, as expected. The main counterparts at the national and regional levels have been contacted and the work plan has been developed accordingly, in response to their needs and priorities. Across the board, the project's counterparts have expressed their satisfaction with the project's approach and technical assistance lines.

One of the main accomplishments was obtained in the Health Governance component, by providing technical assistance to the Intergovernmental Health Committee (IHC) that has been formally constituted as mandated by the Organic Law of the Executive Power (LOPE) as a mechanism for health policy coordination between the national, regional and local levels, with a special emphasis on the reinforcement of health decentralization.

Assistance has been provided to the Coordination Committee of the Political Parties Agreement in Health. The additional partners that are providing assistance to the continuation of this unique political deliberation mechanism are: the Belgium Technical Cooperation Agency (CTB), National Democratic Institute (NDI) and Social and Economic Research Consortium (CIES).

A particular area of interest during the quarter has been the Municipal Incentive Program launched by the MOF, which was established in the 2010 Budget Law and additional norms issued in January. This program will allocate significant resources (S/. 700 million per year) to Local Governments according to the achievement of goals associated basically to the Result Based Budget Articulated Nutrition Program. S/. 350 million has been transferred in March and the remaining 50% will be allocated according to performance assessment in September. It is important to note that this program opens an important opportunity to strengthen the local health decentralization process due to the availability of resources which have been absent in the past.

Regarding the Universal Health Insurance, the corresponding By-Law has been approved in early April. A thorough analysis of the norm is being undertaken by the team as demands by the MOH for technical assistance for the development of specific designs mandated by the By-Law have already been communicated to the project.

A major drawback has been the lack of additional financial resources for the implementation of the universal health insurance (UHI) pilot zones. Notwithstanding the inclusion of S/. 128 million in the Contingent Reserve Fund of the MOF to fund the UHI pilots, no effective transference has taken place, even though Agreements were signed between the Public Health Insurance (SIS) and the RG of the pilot zones in December, 2009, which established the transference of funds. Currently, the non compliance by SIS of these agreements and outstanding debts accumulated by SIS since 2009 are strong disincentives to continue UHI implementation in the pilot zones. Thus, the project has postponed initial activities associated to this end, till further clarification is received from the MOH regarding this situation.

1. Health Sector Governance

1.1. STRENGTHEN AND EXPAND DECENTRALIZATION OF THE HEALTH SECTOR

The project has attended two meetings with the MOH Decentralization Office in March 10th and 26th, aimed at identifying areas for technical support to this Office, with the purpose of strengthening decentralization process of the health sector. A joint work plan has been developed.

1.1.1 Promotion of political parties' dialogue on health

During this quarter, the project has been active promoting the functioning of political parties' dialogue promoter groups at the national and regional level. In this task, the project has partnered with efforts of other partners: the Belgium Technical Cooperation Agency (CTB), the National Democrat Institute (NDI) and the Social and Economic Research Consortium (CIES). At the national level, the technical assistance has been provided in two parallel processes: (i) for the deliberation and consensus building process regarding financing of the universal health insurance

law; the consensus document was finished and currently each party is programming the signature that could be finished on April. (ii) for the development the proposal for the political deliberation process regarding the health priorities that will take place in the pre-election stage. This proposal was formulated by the Coordinator Committee of the Political Party Agreement in Health and will be presented to the political parties in the next meeting on April 13th.

At the regional level, the focus was to identify a promoter group and start the elaboration of work plans in Ayacucho, La Libertad, San Martín, Cusco and Huánuco, which has entailed the organization of coordination meetings with different civil society organizations in each region.

1.1.2. Reorganization of Ministry of Health (MOH)

During this quarter, the project received the request from USAID to provide technical assistance to the National Association of Regional Governments (ANGR) for the revision of the distribution matrix of health functions and the new MOH organization law. In the past, USAID projects have given technical assistance to the Prime Minister's Office (PMO) in the formulation of this matrix, which was sent to MOH in May 2009; since that time the matrix has been under revision by the MOH. PMO and ANGR have agreed on a coordinated mechanism between MOH and Regional Governments for its revision. Additionally, this issue has been included in the work plan of the Intergovernmental Health Committee (IHC). On March 31st, the project had a meeting with ANGR, in which we agreed a coordinated mechanism between ANGR, IHC, PMO and MOH to revise the matrix; ANGR will convene a meeting for this purpose.

1.1.3. Functioning of the Intergovernmental Health Committee (IHC)

In January 3rd, MOH issued a ministerial resolution constituting the Intergovernmental Health Committee (IHC), as a mechanism of coordination between MOH, Regional and Local Governments. This IHC was installed during a meeting in February 11th and 12th; and for this meeting the Governance team gave technical assistance in the definition of the IHC functions. After that, the team supported the MOH Decentralization Office (MOH-DO) in the methodology for the formulation of IHC annual work plan within the framework of the Middle-term Health

Decentralization Plan. The team also supported the MOH-DO in the organization and facilitation of the IHC extraordinary meeting, held on March 19th and 20th, where the plan was debated and approved.

1.1.4. Reorganization of Regional Health Directorates

In September 2009, the San Martin Regional Government approved the new RHD organization, and in December began the implementation of its new organizational structure. When the project started, the RHD requested TA and in March 29th, the Governance team and the Regional Advisor attended a meeting with the RHD management team to debate its current reorganization process and precise the range of the project's technical assistance.

The RHD has assessed the progress and difficulties of implementing the new structure and has formed a Change Management Team to establish the following steps to advance in its implementation; the project has provided technical assistance to these definitions.

Additionally, the project has initiated the up-date of the guidelines for the organization of health networks, which will be discussed with the MOH and validated in the regions.

1.1.5. Design and implementation of local health decentralization pilot experiences

In this period, the project initiated technical assistance to the MOH –DO to redefine the strategy for the implementation and expansion of the decentralization local pilots. The project has also contacted the La Libertad´s decentralization team to define the new agenda for implementation of the pilot in Sanchez Carrion province.

The project has analyzed the Municipal Incentive Program launched by the MOF, which was established in the 2010 Budget Law and additional norms issued in January. This program has allocated S/. 350 million to Local Governments in March and the remaining 50% will be allocated according to performance assessment in September. During 2011, the indicators and goals are associated basically to the Result Based Budget Articulated Nutrition Program (PAN), particularly for rural local

governments (Child Growth Control , Affiliation of children under 5 to SIS, budgeting in the PAN budget lines, etc.).

The project launched the initiative for a joint programming and budgeting process of the PAN between the Regional and Local Governments in San Martin. The first coordination meeting was convened by the RG and attended by AMRESAM, the MOH (OGPP and DO) and the MOF.A following meeting in the Bajo Huallaga zone will take place in April to further the coordination of this initiative.

According to the MOF, the purpose of the program is to engage the Local Governments in the fight against malnutrition by providing incentives to the municipalities to: (i) implement community activities that organize and foster the demand for health services of the families; (ii) coordinate with the local health services the provision of priority health services aimed at preventing malnutrition. However, the actual mechanisms and processes have not been clearly determined and the project is striving to promote the coordination between MOF, MOH, RG and LG for the establishment of pilots of this program in specific projects' regions that can inform policy making regarding local decentralization.

As has been noted this program opens an important opportunity for to strengthen the local health decentralization process due to the availability of significant resources which have been absent in the past.

2. Health Sector Financing and Insurance

During the first quarter, the Health Sector Financing and Insurance participated in the planning process as well as to made contact with the key counterparts at the national and regional levels.

2.1 IMPROVE HEALTH COVERAGE OF POOR AND VULNERABLE POPULATIONS

2.1.1 Elaboration of proposal of law of health financing

To ensure sustainability of the Universal Health Insurance policy is important to guarantee financial resources for its implementation. To this end, the project will

make advocacy to support the formulation and approval of a Law of Health Financing. The aim of this law is to clarify mechanisms, process and parameters to define the financial requirement for the gradually implementation of the Universal Health Insurance Policy. The project is working in the elaboration of a stakeholder's analysis to identify key promoters of this initiative.

To ensure sustainability of the Universal Health Insurance policy is important to guarantee financial resources for its implementation. To this end, the project will make advocacy to support the formulation and approval of a Law of Health Financing. The aim of this law is to clarify mechanisms, process and parameters to define the financial requirement for the gradually implementation of the Universal Health Insurance Policy. The project is working in the elaboration of a stakeholder's analysis to identify key promoters of this initiative.

2.2 ENSURE EFFICIENCY AND EQUITY IN HEALTH RESOURCE ALLOCATION

The MOF has allocated NS/ 128 millions in the contingent fund for the Universal Health Insurance Implementation. However, this resource is not available until the MOH justify the costing of the Health Insurance Benefit Package (PEAS) and explain the scope of this reform. To this end, the Health Financing Team is working on the elaboration of a logical framework of the Universal Health Insurance policy with the aim to provide information to the MOF regarding the strategies and related reforms to extend coverage to all the population.

Additionally, the Health Financing and Insurance team participated in technical meetings with the Human Health Division and the Planning & Budgeting Office of the MOH to discuss the formulation of three new strategic programs (VIH/AIDS,TB, transmissible diseases) to be included in the 2011 public budget.

2.2.1 Design of criteria to ensure equity allocation of public resources for collective and individual health care

The MOF has defined an innovative mechanism to allocate resources to the Local Governments based on monetary incentives to improve performance in selected health indicators (linked to maternal and neonatal conditions, malnutrition, among

others). In this context, the project is providing technical assistance to the Local Government Association of San Martin by:

- Providing information regarding the scope of the Incentive Plan (see table 1) and the quantification of the potential resources for each local governments

- Designing of a joint programming strategy among regional and local governments regarding the resources for the 2011 budget.

Table 1: Incentive Program

	Criteria	Indicator	Main cities (249 local governments)		Other districts (1585 local governments)	
			2010	2011	2010	2011
1	Effectiveness of tax collection (housing)	Increase of tax burden	X	X		
2	Social expenditures in health and sanitation	Health expenditure coverage regarding health and sanitation programs	X		X	
3	Expenditure regarding the Nutritional Program	Expenditures coverage regarding the Nutritional Program		X		X
4	Identification	Coverage of DNI < 5 years old				X
5	Records regarding Growth & Development Controls (CRED) < 1 year old	Coverage CRED in timely fashion < 1 year sold				X
6	Affiliation to Public Health Insurance, children < 5 years old	Coverage of affiliated SIS < 5 years old				X
7	Targeting of public subsidies in Social Programs	Single Beneficiaries Record of Social Programs	X			X

3. Health Information

Regarding health information systems, during year 1 field activities will be centered in three regions: Ayacucho, Cusco and San Martin. Start up meetings have been held with key actors from the aforementioned areas as well as with Lima based national authorities: MOH (OGEI, DGSP), and projects: PARSALUD, USAID|Peru|Quality of Care Project.

3.1 STRENGTHEN THE CAPACITY TO COLLECT, ANALYZE AND USE DATA IN THE HEALTH SECTOR

3.1.1 Update of national data standards of provider health information systems

Technical coordination started with the MOH (OGEI, DGSP) and PARSALUD project in order to discuss a common agenda regarding health information systems. It is important to notice that the MOH has confirmed its interest to focus its institutional efforts to implement national data standards rather than standardizing software applications. From the six official data standards, the one used to register the medical procedures is considered to be pivotal for the correct use of the rest, since it is directly associated to the reimbursement of health services rendered by public facilities. The other data standards that will have to be implemented are the ones directed to the systematic register of: 1) pharmaceuticals, 2) users identification, 3) health facilities, 4) health operative units, 5) medical episode, 6) health staff, and 7) health financing agency/source. For next quarter, the project will facilitate the preparation of a national data standards implementation plan with OGEI.

This effort is consistent with the MOH approach to let the health providers define, design and use their own IT solutions for managing their information needs. In this regard the project's perspectives do concur with the MOH and the health providers needs.

3.1.2 Development of regional plans to improve health information systems

For year 1, three regions have been identified as priority areas for the modernization of health information systems: San Martin, Cusco, and Ayacucho. Technical counterparts have been identified in each region and an agenda for updating regional IT action plans will be defined and executed during the next quarter. However, significant advances have been made in these regions.

In San Martin an IT investment proposal has been formulated by the RHD. This proposal is oriented towards the modernization of the primary care health information system. Close follow-up is being done by San Martin RHD in order to secure that this proposal is prioritized among all investment projects that San Martin RG has for year 2011.

In Cusco, close coordination has been started with PARSALUD in order to finance the modernization process of the regional health information system. It is likely that PARSALUD will fund the consultancy required for the preparation of the investment project and the project itself. PARSALUD shares the project's vision on the need of a radical solution to the current fragmented health data registering approaches. They also envision GalenHos-Primary Care as a relevant solution for this purpose.

3.1.3 Design of GalenHos primary level

Gathering of information needs of the MOH, SIS, RHD, health networks and micro-networks has started and will continue during next quarter. These information needs will lead the identification of the data required for their estimation, and accordingly, to the design of the primary care health information system.

A free access database manager has been identified in order to serve as the platform in which GalenHos-Primary Care will be developed and its data stored. It is the PostGreSQL database, and it has the following advantages: 1) unlimited installations on servers and PC terminals, 2) a considerable supporting net of collaborators, 3) minor operating costs as compared to commercial databases, 4) high reliability and stability, 5) multiplatform (supported by commercial and free operative systems): UNIX and Windows, 6) designed for high volume of transactions, 7) availability of graphic tools for designing and database management.

4. Health Workforce

During the quarter, the Health Workforce Component defined its work plan; held technical meetings with MOH-Human Resources Direction, PAHO- Human Resources Team, SERVIR, PARSALUD, and USAID/Quality of Care project in order to exchange plans and strategies and find synergy mechanisms.

4.1 Support the design and implementation of a broad-based system for planning and managing the health workforce

SERVIR is a specialized technical governmental agency, steward of the public human resources management system, responsible for contributing to the continuous improvement of state administration by strengthening the civil service. Therefore, the health human resources (HHR) management system that the MOH has the responsibility to define must be aligned to what SERVIR is designing.

In that sense, the component implementation will be coordinated with both SERVIR and MOH, to develop the HHR management system and its implementation at the regional level. The project will work with both entities, and particularly with the MOH Human Resources Directorate, and has reached an agreement to develop a pilot zone in one region during 2010.

4.1.1 Development of regional action plans to close HHR gap for the implementation of PEAS

Due to the importance of supporting the regions in the definition of the gap in human resources for the implementation of Universal Health Insurance (UHI), the project has prioritized technical assistance to regions to use a methodology to determine the needs of HHR at the micro network level. According to the agreements with the MOH-HRD, we will jointly develop and validate a methodology in one region and this experience will subsequently be scaled up to the national level.

In this sense, during this trimester, the following activities were developed.

- Bibliographic review on methods of identifying HHR needs based on epidemiological patterns, availability and productivity of HR, etc.

- Obtaining regional information about the operation of "Software for the centralized register of payrolls and data of public sector human resources" managed by MOF, the level of reliability, of opportunity, of analysis at the point of data entry. The regions covered by the project keep updated information; this software registers all kind of HHR except staff recruited for the CLAS facilities. However the data is not being analyzed.

- With this information, the project held a technical meeting with the MOF in order to gain knowledge regarding the functioning of the software. The MOF

requested the project's technical support to train health management teams for the analysis and use of the information produced by the software

- Along with the Financing component, we are designing the methodology for defining the HHR gap, which will be validated in Lima and Callao Networks for the respective adjustments and subsequent implementation in the project regions.

4.1.2 Design of a regional HHR planning and management system for the public health sector

The activities developed during this trimester were:

- Technical meeting with the MOH in order to define joint activities. The decision was to work together the design of the system and implement it in one region.
- Technical meeting with SERVIR, who will share lessons learned with the project in the selection process of the Public Managers and will work with the project the definition of a system for the health sector.

4.1.3 Policy dialogue regarding civil service policies in the health sector

This issue is part of the agenda with the MOH. In this sense, the project has agreed with the MOH-HRD to promote a dialogue with experts and stakeholders about health civil service. This dialogue will support the discussion at the Intergovernmental Commission on Health about the priorities of the 2010 Work Plan.

4.2 ENSURE COMPETENCY OF WORKERS IN THE HEALTH SECTOR

4.2.1 Development of management competencies for health networks and micro networks

The first step to implement the HHR management system based on competencies is the definition of job competencies. For this purpose, the project will work with the MOH and the regional teams in defining managerial competencies of the DIRESA, networks and micro networks.

The activities developed during this quarter were:

- Review of matrix of functions transferred in the decentralization process related to HHR management system.

- Meeting with PARSALUD to learn about the Management Training Program (PREG). It was agreed that the project team a) will review competencies and the content of the modules of Government, Information, Drugs, Insurance, and provide comments and suggestions for improvement; b) will work with PARSALUD the definition of performance standards for these competencies and their assessment tools.

5. Medical Products, Vaccines and Technologies

During the first quarter, the team of Medical Products, together with the other components, was devoted primarily to the planning of strategies and project activities. Also we made the first contacts with key officials of the Ministry of Health, as well as the coordination with the Regional Advisors.

5.1. IMPROVE CAPACITIES AND POLICIES AT THE NATIONAL AND REGIONAL LEVELS TO ENSURE THAT MEDICAL PRODUCTS, VACCINES, CONTRACEPTIVES AND SUPPLIES ARE PROCURED, STORED, TRANSPORTED AND IN STOCK AT FACILITIES ACCORDING TO ESTABLISHED LOGISTICS STANDARDS

5.1.1 Development of regional action plans to improve the quality and availability of pharmaceuticals

As first step, we had a meeting with DIGEMID in order to present the project and coordinate future activities. The main issues discussed were related to the regulation of the new Pharmaceutical Law, the certification process on good storage practices, the need to establish a methodology to develop/update the regional / national essential drugs list and the possibility of technical advice to the regions to improve their pharmaceutical supply systems.

Also mentioned that previously had been advising some regions (Tumbes and Callao) in the preparation of investment projects for financing and construction of warehouses. They offered to continue this type of advice.

Additionally, we are conducting a quick assessment of the pharmaceutical supply systems in selected regions, in order to make an activities proposal. We have developed a tool that aims to evaluate the whole process of supply in the regions, including the way they are financing and managing the system.

Is pending a meeting with a lawyer involved in the regulation of the new pharmaceutical law, and the formation of working teams together with officials and technicians DIGEMID.

5.1.1 Design of a regional system to plan and forecast pharmaceutical needs

The first step in the process of pharmaceutical supply is the quantification of needs in the region. During this period we have been working on a methodology that allows us to assess how they have been doing this function. We reviewed information on availability of medicines in networks and micro networks of certain areas to determine objectively as is running the service and how are estimating their needs.

During the first weeks of the next quarter we are making an assessment in selected regions. After that we will prepare the methodology to discuss with the regions a new tool to improve forecast accuracy of pharmaceutical needs, based on the real needs of population. The idea is to start the process from the health facilities which are networks and micro networks that assume the responsibility for project their requirements not only with historical information, but also with benefit plans, epidemiological profiles and prevalent diseases structure.

5.1.2 Strengthening of the enforcement of regulations for quality control and use of transparent mechanisms of registry and purchase of pharmaceutical products

In Progress, at present we are updating and reviewing the current laws and procedures at central and regional levels. Additionally we will be having meetings with officials in the regions, responsible for the acquisition of pharmaceutical, for the joint evaluation of alternatives that give more transparency to purchase process.

The developed tool to evaluate the logistic system, mentioned above, includes important aspects related to these aspects. Therefore, once finished a quick assessment, during the first weeks of the next quarter we will have more criteria to elaborate a proposal.

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
	Project Management									
	Project planning, monitoring and reporting									
	Coordination with MOH and regions	Central		Advanced						
	Elaboration of final work plan and project strategy	Central		Completed						
	Presentation of work plan with key RG counterparts	Regional		Advanced						
	Presentation of work plan with key MOH counterparts	Central		Completed						
	Presentation of work plan with key national partners	Central		Completed						
	Presentation of work plan with key regional partners	Regional		Advanced						
	Quarterly monitoring meetings with staff	Central								
	Elaboration of quarterly progress reports	Central								
	Elaboration of annual reports	Central								
	Overall project deliverables									
D 1.	Technical report of policies, regulations, and programmatic actions taken by regional and national governments and health authorities regarding the universal health insurance pilots	Central								
D 2.	Overall report on activities under the five Outcomes of the Task Order during the period, addressing their effect on the improvement of maternal - perinatal and child health and proposing benchmarks and strategies for future interventions	Central								
D 3.	Overall report on activities under the five Outcomes of the Task Order during the period, addressing their effect on the improvement of FP/RH and proposing benchmarks and strategies for future interventions	Central								

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
1	**Health Governance**									
	Deliverables									
D 1.1.1.	Technical report on progress made regarding intergovernmental health agreements.	Central								
D 1.1.2	Technical report on the systematization of local decentralization pilots.	Central								
D 1.1.3	Technical report on the progress made regarding reorganization and revised functioning of the Regional Health Directorates (RHD)	Central								
D 1.1.4	Technical report on the results of dialogues with political parties regarding the health agenda.	Central								
D 1.1.5	Copy of final MOH anticorruption plan.	Central								
1.1.	**Strengthen and expand decentralization of the health sector**									
1.1.1.	**Promotion of political parties dialogue on health**									
1.1.1.1	TA to Coordination Committee of national political parties to promote dialogue regarding the health agenda	Central		Completed						
1.1.1.4	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Ayacucho		Advanced						
1.1.1.7	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Cusco		Initial						
1.1.1.10	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Huánuco		Initial						
1.1.1.13	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	La Libertad		Not initiated						
1.1.1.16	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	San Martin		Initial						
1.1.2.	**Reorganization of MOH**									

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
1.1.3.	**Functioning of the Intergovernmental Health Committee (IHC)**									
1.1.3.1	Support the elaboration of technical proposals on key national health policies to be debated in the IHC	Central		Completed						
1.1.3.2	TA to MOH to organize and facilitate meetings of the IHC	Central		Completed						
1.1.3.3	TA to MOH and Regional Governments to reach agreements and coordinate activities in the IHC	Central		Completed						
1.1.4.	**Reorganization of Regional Health Directorates (RHD)**									
1.1.4.9	Technical meetings with regional government to complete the approval, and documentation (By-laws and support reports) of the Health network reorganization	La Libertad		Not initiated						
1.1.4.17	Technical meetings with regional government to complete the approval, and documentation (By-laws and support reports) of the Health network reorganization to adapt to the decentralization process	San Martin		Initial						
1.1.5.	**Design and implementation of local health decentralization pilot experiences**									

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
2	**Health Insurance and Financing**									
	Deliverables									
D 2.1.1.	Project strategy to ensure health financing laws is developed with broad participation and gain wide public support	Central								
D 2.1.2.	Report on policies, regulations, and programmatic actions taken by regional and national governments and health authorities regarding health financing	Central								
D 2.2.1.	Project strategy to ensure national health financing policies are developed with broad participation and gain wide public support.	Central								
D 2.2.2.	Report on policies, regulations, and programmatic actions taken by regional and national governments and health authorities regarding health financing.	Central								
2.1.	**Improve health coverage of poor and vulnerable populations**									
2.1.1.	**Elaboration of proposal of law of health financing**									
2.1.1.1.	Stakeholder analysis regarding the formulation and approval of the Health Financial Law	Central		Initial						
2.1.2.	**Implementation of health insurance pilot sites**									
2.1.2.1	TA to MOH/MOF to develop Logical Framework of UHI	Central		Advanced						
2.1.2.11	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	Apurimac		Postponed						
2.1.2.19	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	Ayacucho		Postponed						
2.1.2.28	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	La Libertad		Postponed						
2.1.2.37	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	San Martin		Postponed						
2.1.3.	**Design of a public health package and financial requirement**									

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
2.2.	**Ensure efficiency and equity in health resource allocation**									
2.2.1.	**Design of criteria to ensure equity allocation of public resources for collective and individual health care**									
2.2.1.1	TA to MOH to inform MEF authorities regarding UHI implementation	Central		Postponed						
2.2.1.4	TA to MOH to develop methodology and tools to link PEAS to the public budgeting framework (including costing definition).	Central		Initial						
2.2.2.	**Implementation of payment mechanism to local health providers according policy defined by SIS**									
3	**Health Information**									
	Deliverables									
D 3.1.1.	A report of policies, regulations and programmatic actions taken by local, regional and national government and health authorities regarding registry, use and dissemination of reliable data for decision making related to integrated health and to MCH, FP/R	Central								
3.1.	**Strengthen the capacity to collect, analyze, and use data in the health sector**									
3.1.1.	**Update of national data standards of provider health information systems**									
3.1.2.	**Development of regional plans to improve health information systems**									
3.1.3.	**Design of GalenHos Primary Level**									

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
4	**Health Workforce**									
	Deliverables									
D 4.1.1.	Report of policies, regulations, and programmatic actions taken by regional and national governments and health authorities regarding human resources for health.	Central								
D 4.2.1.	Report on an assessment of the human resources management system, including activities undertaken to strengthen the system and recommendations for futures activities.	Central								
4.1.	**A broad-based regional system for planning and managing the health workforce designed, approved and implemented**									
4.1.1.	**Development of regional action plans to close HHR gap for implementation of PEAS**									
4.1.1.1	Technical meetings to adjust the methodology to calculate needs of HR in ASEGURA	Central	1	Advanced	1					
4.1.1.2	TA to MOH to apply HR module of ASEGURA as a methodology to define needs of human resources according to PEAS	Central		Not initiated						
4.1.1.3	Elaboration of methodology to define the quantity and distribution of HR for level of care.	Central	1	Advanced	1					
4.1.2.	**Design of a Regional Health Human Resources planning and management system for the public health sector**									
4.1.2.1	Technical meetings with SERVIR and MOH in order to define key processes for planning and management system and align it to national policies	Central		Advanced						
4.1.3.	**Policy dialogue regarding civil service policies in the health sector**									
4.2.	**Ensure competency of workers in the health sector**									
4.2.1.	**Development of management competencies for networks and micronetworks**									
4.2.1.1	Technical meetings with MOH to define methodology and procedures to design management competencies	Central		Advanced						

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	Qr 2 -2010	Performance level	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
5	**Medical Products, Vaccines and Technologies**									
	Deliverables									
D 5.1.1.	Report on policies, regulations, and programmatic actions taken by regional and national governments and health authorities regarding pharmaceutical and supply chain management systems.									
5.1.	**Improve capacities and policies at the national and regional level**									
5.1.1.	**Development of regional action plans to improve the quality and availability of pharmaceuticals**									
5.1.1.1	TA to DIGEMID to develop the by law (Law 29459) related to access and rational drugs use	Central		Cancelled						
5.1.1.6	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Huanuco		Not initiated						
5.1.1.11	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	La Libertad		Not initiated						
5.1.2.	**Design of a regional system to plan and forecast pharmaceutical needs**									
5.1.3.	**Strengthening of the enforcement of regulations for quality control and use of transparent mechanisms of registry and purchase of pharmaceutical products**									

Project Component, Activities and Sub-Activities		Location	Qr 3 -2010	Qr 4 -2010	Qr 1 -2010	Qr 2 -2011	Qr 3 -2011	Qr 4 -2011
	Coordination with MOH and regions	Central						
	Presentation of workplan with key RG counterparts	Regional						
	Presentation of workplan with key national partners	Central						
	Presentation of workplan with key regional partners	Regional						
	Quarterly monitoring meetings with staff	Central						
	Elaboration of quarterly progress reports	Central						
1.1.1.1	TA to Coordination Committee of national political parties to promote dialogue regarding the health agenda	Central						
1.1.1.2	Support to the Coordination Committee for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Central						
1.1.1.4	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Ayacucho						
1.1.1.5	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Ayacucho						
1.1.1.7	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Cusco						
1.1.1.8	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Cusco						
1.1.1.10	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Huánuco						

1.1.1.11	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Huánuco						
1.1.1.13	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	La Libertad						
1.1.1.14	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	La Libertad						
1.1.1.16	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	San Martin						
1.1.1.17	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	San Martin						
1.1.2.1	TA to PMO/MOH/ANGR to revise the distribution matrix of health functions and develop the new organization law of the MOH	Central						
1.1.2.2	Workshops to revise the distribution matrix of health functions and to develop the new organization law of the MOH with MOH and regional governments	Central						
1.1.2.3	Promote the technical debate regarding MOH stewardship role among experts	Central						
1.1.3.1	Support the elaboration of technical proposals on key national health policies to be debated in the IHC	Central						
1.1.3.2	TA to MOH to organize and facilitate meetings of the IHC	Central						
1.1.3.3	TA to MOH and Regional Governments to reach agreements and coordinate activities in the IHC	Central						
1.1.4.1	Up-date guidelines for the organization of health networks	Central						
1.1.4.2	TA to MOH Decentralization Office in the elaboration and validation of regional and local level M&E tools	Central						
1.1.4.3	Technical meetings with RHD and regional government to elaborate a reorganization plan of Health Networks and Micro networks	Ayacucho						
1.1.4.9	Technical meetings with regional government to complete the approval, and documentation (By-laws and support reports) of the Health network reorganization	La Libertad						

1.1.4.11	Technical meeting with RHD for implementing their reorganization plan, which include key actors and stakeholders analysis, communication strategy, institutional arrangements	La Libertad						
1.1.4.13	Training of officers in key areas in RHD and health networks to improve organization and management of health services	La Libertad						
1.1.4.18	Elaboration of RHD internal organizational documents (Organization Manuals, Personnel Assignment Cadres) in key units (Institutional development offices, health services office and prioritized health network and micro network)	San Martin						
1.1.4.19	Technical meeting with RHD for implementing their reorganization plan, which include key actors and stakeholders analysis, communication strategy, institutional arrangements	San Martin						
1.1.4.21	Design of an investment project prototype for regional institutional modernization and TA to RHD for its application	San Martin						
1.1.5.1	Design of decision-making tools for local health boards	Central						
1.1.5.4	Technical meeting with RHD to implement local health decentralization plans	La Libertad						
1.1.5.5	Workshop with local health boards in order to implement decision-making tools	La Libertad						
1.1.5.7	Technical meeting with regional government for elaborating local health decentralization plans in order to reactivate or design local pilots	San Martin						
1.1.5.8	Technical meeting with Regional Government in order to approve local health Pilot design	San Martin						
1.1.5.9	TA to RHD for the constitution and operation of Local Health Board	San Martin						
1.2.1.1	TA for constitution of MOH task group for anticorruption proposal	Central						
1.2.1.2	Elaboration and validation of guidelines for anticorruption planning and implementation	Central						
1.2.1.4	TA to RHD for implementation transparency mechanisms the anticorruption plan	La Libertad						
1.2.1.5	TA for implementation mechanisms of civil surveillance the anticorruption plan	La Libertad						
1.3.1.1	Support the elaboration of a comprehensive framework for the enforcement of norms focused in health services providers and insurers	Central	1	1				
2.1.1.1.	Stakeholder analysis regarding the formulation and approval of the Health Financial Law	Central						
2.1.1.2.	Constitution of health financing promoter group	Central						

2.1.1.3	Workshop with health financing promoter group to identify critical issues regarding the contents of the Health Financial Law	Central	1					
2.1.2.1	TA to MOH/MOF to develop Logical Framework of UHI	Central						
2.1.2.2	Workshops with MOH/MOF to validate Logical framework of UHI	Central						
2.1.2.3	TA to MOH to elaborate and approve Logical Framework of UHI	Central						
2.1.2.7	Elaboration and validation of a methodological framework for the estimation of current optimized supply capacity	Central	1					
2.1.2.8	Elaboration of a methodological framework for the estimation of physical gap (infrastructure and equipment)	Central	1					
2.1.2.9	TA to MOH for the formulation and validation of a methodological guidelines for the elaboration of a multi-year investment plan	Central	1	1				
2.1.2.11	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	Apurimac						
2.1.2.12	Technical meetings with CTIR members of pilot zones to annualize activities linked to their UHI implementation for the period 2010-2012	Apurimac	1					
2.1.2.14	TA to RHD of pilot zones to adjust/formulate operational plans (2010-2012) according to UHI implementation plan	Apurimac	1			1	1	
2.1.2.15	TA to RHD of pilot zones for costing estimation of prioritized activities and estimation of budget requirements 2010-201) (excluding capital expenditures)	Apurimac	1				1	
2.1.2.19	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	Ayacucho						
2.1.2.20	Advocacy to RHD for the estimation of Regional Health Accounts	Ayacucho						
2.1.2.21	Technical meetings with CTIR members of pilot zones to prioritize activities linked to their UHI implementation for the period 2010-2012	Ayacucho	1					
2.1.2.23	TA to RHD of pilot zones to adjust/ formulate operational plans (2010-2012) according to UHI implementation plan	Ayacucho	1			1	1	
2.1.2.24	TA to RHD of pilot zones for costing estimation of prioritized activities and estimation of budget requirements 2010-201) (excluding capital expenditures)	Ayacucho	1				1	

2.1.2.28	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	La Libertad						
2.1.2.29	Advocacy to RHD for the estimation of Regional Health Accounts	La Libertad						
2.1.2.30	Technical meetings with CTIR members of pilot zones to prioritize activities linked to their UHI implementation for the period 2010-2012	La Libertad	1					
2.1.2.31	TA to RHD of pilot zones to adjust/ formulate operational plans (2010-2012) according to UHI implementation plan	La Libertad	1			1	1	
2.1.2.32	TA to RHD of pilot zones for costing estimation of prioritized activities and estimation of budget requirements 2010-201) (excluding capital expenditures)	La Libertad	1				1	
2.1.2.37	Workshops to disseminate PEAS to regional health authorities and providers.	San Martin						
2.1.2.38	Advocacy to RHD for the estimation of Regional Health Accounts	San Martin						
2.1.2.39	Technical meetings with CTIR members of pilot zones to prioritize activities linked to their UHI implementation for the period 2010-2012	San Martin	1					
2.1.2.41	TA to RHD of pilot zones to adjust/ formulate operational plans (2010-2012) according to UHI implementation plan	San Martin	1			1	1	
2.1.2.42	TA to RHD of pilot zones for costing estimation of prioritized activities and estimation of budget requirements 2010-2012) (excluding capital expenditures)	San Martin	1				1	
2.2.1.1	TA to MOH to inform MEF authorities regarding UHI implementation	Central						
2.2.1.2	TA to MOH to negotiate with MEF mechanisms to allocate resources of 2010 contingent funds to UHI pilot zones (criteria and funding sources)	Central	1					
2.2.1.3	Technical meetings with MOH and RG of pilot zones to define a proposal of resource allocation of contingent funds	Central	1					
2.2.1.4	TA to MOH to develop methodology and tools to link PEAS to the public budgeting framework (including costing definition).	Central	1					
2.2.1.7	Workshops to adjust coverage goals and financial requirements per Budget Implementing Units (BIU) (2010)	Ayacucho						
2.2.1.8	TA to BIU of pilot zones to formulate operational plans (2011-2012) according to PEAS	Ayacucho	1			1	1	

2.2.1.9	TA to BIU of pilot zones for costing estimation of PEAS activities and formulation of budget requirements 2011-2012 (including PPR)	Ayacucho	1			1	1	
2.2.1.11	Workshops to adjust coverage goals and financial requirements per BIU (2010)	Apurimac						
2.2.1.12	TA to BIU of pilot zones to formulate operational plans (2011-2012) according to PEAS	Apurimac	1					
2.2.1.13	TA to BIU of pilot zones for costing estimation of PEAS activities and formulation of budget requirements 2011-2012 (including PPR)	Apurimac	1			1	1	
2.2.1.15	Workshops to adjust coverage goals and financial requirements per BIU (2010)	La Libertad						
2.2.1.16	TA to BIU of pilot zones to formulate operational plans (2011-2012) according to PEAS	La Libertad	1			1	1	
2.2.1.17	TA to BIU of pilot zones for costing estimation of PEAS activities and formulation of budget requirements 2011-2012 (including PPR)	La Libertad	1			1	1	
2.2.1.19	Workshops to adjust coverage goals and financial requirements per BIU (2010)	San Martin						
2.2.1.20	TA to BIU of pilot zones to formulate operational plans (2011-2012) according to PEAS	San Martin	1			1	1	
2.2.1.21	TA to BIU of pilot zones for costing estimation of PEAS activities and formulation of budget requirements 2011-2012 (including PPR)	San Martin	1			1	1	
3.1.1.1	TA to the MOH for an implementation plan of updated national health data standards in provider health information systems	Central	1	1	1			
3.1.2.1	Elaboration of methodology to design regional action plans	Central						
3.1.2.2	Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MOH (national health strategies)	Ayacucho	1					
3.1.2.3	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	Ayacucho	1	1				
3.1.2.4	Rapid assessment of the provider health information infrastructure	Ayacucho						
3.1.2.7	Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MOH (national health strategies)	Cusco	1					
3.1.2.8	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	Cusco	1	1				

3.1.2.9	Rapid assessment of the provider health information infrastructure	Cusco						
3.1.2.12	Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MOH (national health strategies)	San Martin	1					
3.1.2.13	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	San Martin	1	1				
3.1.2.14	Rapid assessment of the provider health information infrastructure	San Martin						
3.1.3.1	Design of GalenHos-Primary Care (including micro-network)	Central						
3.1.3.4	Design, development of new modules of GalenHos-Hospital (e.g. universal health insurance reports, pharmacy BSC)	Central	1	1	1			
4.1.1.1	Technical meetings to adjust the methodology to calculate needs of HR in ASEGURA	Central						
4.1.1.2	TA to MOH to apply HR module of ASEGURA as a methodology to define needs of human resources according to PEAS	Central	1					
4.1.1.3	Elaboration of methodology to define the quantity and distribution of HR for level of care.	Central						
4.1.1.4	Design of guidelines and procedures to define action plans and monitoring plan to fill the gap.	Central						
4.1.1.5	National workshop to train in ASEGURA for regional advisors and regional technical teams.	Central						
4.1.1.6	TA to regional advisors in the implementation of ASEGURA and the definition of the gap	Central						
4.1.1.7	Technical meetings with RHD in order to define a technical team to identify the gap in HR for PEAS (at least Planning, HR, People Health, Statistics, Epidemiology, Public Insurance Offices)	Apurimac	1					
4.1.1.8	Technical meeting with regional technical team to apply HR module of ASEGURA	Apurimac						
4.1.1.12	Technical meetings with RHD in order to define a technical team to identify the gap in HR for PEAS (at least Planning, HR, People Health, Statistics, Epidemiology, Public Insurance Offices)	Ayacucho	1					
4.1.1.13	Technical meeting with regional technical team to apply HR module of ASEGURA	Ayacucho						

4.1.1.17	Technical meetings with RHD in order to define a technical team to identify the gap in HR for PEAS (at least Planning, HR, People Health, Statistics, Epidemiology, Public Insurance Offices)	Cusco	1					
4.1.1.18	Technical meeting with regional technical team to apply HR module of ASEGURA	Cusco						
4.1.1.27	Technical meetings with RHD in order to define a technical team to identify the gap in HR for PEAS (at least Planning, HR, People Health, Statistics, Epidemiology, Public Insurance Offices)	La Libertad	1					
4.1.1.28	Technical meeting with regional technical team to apply HR module of ASEGURA	La Libertad						
4.1.1.32	TA to RHD in order to define a technical team to identify the gap in HR for PEAS (at least Planning, HR, People Health, Statistics, Epidemiology, Public Insurance Offices)	San Martin	1					
4.1.1.33	TA to technical team to apply HR module of ASEGURA	San Martin						
4.1.2.1	Technical meetings with SERVIR and MOH in order to define key processes for planning and management system and align it to national policies	Central	1	1				
4.1.2.2	Elaboration of training guidelines in HR management based on competences	Central						
4.1.2.3	Technical meetings with MOH in the elaboration and validation of a proposal of HR planning and management system	Central	1	1				
4.1.2.9	Technical meetings with RG and RHD to install a regional committee for HHR planning and management system	Huanuco	1					
4.1.2.10	Training workshop about HHR planning and management system based on competences	Huanuco						
4.1.2.11	Workshop(s) with the regional committee to design and validate the proposal of the HHR planning and management system and manual procedures	Huanuco	1	1	1			
4.1.3.1	Elaboration of aid memoirs and provision of technical information to key actors	Central						
4.2.1.1	Technical meetings with MOH to define methodology and procedures to design management competencies	Central	1					
4.2.1.2	Elaborate training tools to define management competences profiles and evaluation tools for RHD/network/micronetwork management (addressing PEAS)	Central	1	1				

sc	Elaboration of quick assessment tool							
sc	Elaboration of methodology to design regional action plans							
5.1.1.2	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Apurimac	1					
5.1.1.3	TA to RHD to develop/update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability	Apurimac	1					
5.1.1.6	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Huanuco	1					
5.1.1.7	TA to RHD to update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability	Huanuco	1					
5.1.1.11	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	La Libertad	1					
5.1.1.12	TA to RHD to develop/update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability	La Libertad	1					
5.1.2.1	Development of a methodology for the implementation of the Single National List of Essential Medicines	Central	1	1				
5.1.2.2	Update/evaluation of the standard operating methodology and procedures for quantifying drug requirements according to PEAS	Central	1	1				
5.1.3.1	Proposal for a check list for quality control in drugs supply cycle	Central						
5.1.3.2	TA to RHD for the application of checklist for quality control in drugs supply cycle	Huanuco						

4. Problems encountered

During this quarter, most of activities were initiated, advanced or completed as planned, without facing any relevant problems.

The decentralization process is facing some resistances from MOH officials; these are expressed in the delay of the revision of the matrix of decentralized functions by the MOH and in the criticisms of some national level officials regarding the reorganization processes of the RHD. These issues have not posed significant difficulties to the project so far, but need to be kept in mind, particularly if the current Minister of Health resigns and is replaced by an administration which is less supportive of the decentralization process.

The Universal Health Insurance Law by-law was approved by during the first week of April, and it is an important step forward in the normative definition of the universal health insurance reform. The MOH has already requested the project for technical support to design some of the mechanisms established in the by-law. However, a general lack of informed debate regarding the universal health insurance reform and its legal framework is noticeable. The MOH needs to develop and implement an active communication strategy to gain support and assure the maintenance of the reform in the political agenda during government transition.

Although the MOF has included funds in the Contingent Reserve Fund for the UHI pilots, no effective financing has been made available. The MOH has made limited efforts to engage the MOF support to the UHI reform. There is not a clear allocation of responsibility within the MOH to develop a strategy and interact with the MOF officials to this end. In this situation, we have seen that there is a loss of credibility in an effective implementation of the UHI in the regional and local pilots.

The recently constituted Intergovernmental Health Committee (IHC) is a key coordination mechanism to constructively solve pending tensions between the MOH and the RG regarding possible competency conflicts, and as such its strengthening can be an assurance against recentralization initiatives. The project will support the Decentralization Office in its role of Technical Secretariat of the IHC and will provide technical assistance to the work groups in order to accomplish the approved 2010 work plan.

Regarding the request by the MOH for technical support to design some of the mechanisms established in the UHI by-law, we will analyze the effort required to this end and will discuss this issue with the USAID/HPN Office for guidance regarding our response to the MOH.

We will work with the Office of External Cooperation to promote a communication strategy of the UHI reform and legal framework in the context of a revitalized donor coordination mechanism.

The project will continue to advocate coordination between MOH and MOF to discuss the UHI reform and the allocation of resources to the pilot zones. Nevertheless, it is possible that effective UHI implementation will actually be a task that will be undertaken by the new government.

During the coming quarter, some of current national, regional and local authorities will be resigning to their current positions in order to be able to run in the upcoming elections. Although we expect certain stability in the technical teams at the national and regional levels, changes of key officials may affect the development of the project's activities either due to (i) changing priorities or (ii) lack of incentives for decision making. The project will try to mitigate this situation by allowing for flexibility and by emphasizing the design activities over change implementation, which will be emphasized after the new political authorities are elected. Continuous guidance regarding these matters will be requested from the USAID/HPN Office.

Health Governance

- Workshop to revise the distribution matrix of health functions and to develop the new organization law of the MOH with MOH and regional governments (April 30th).
- Ordinary meeting of the Intergovernmental Health Committee (IHC): Moyobamba, (June 25th).
- Intergovernmental meeting to present regional experiences on RHD reorganization: San Martin, (May).

Health Information System

- Technical meetings for the definition of provider information needs in Ayacucho, San Martin and Cusco (April)
- Technical meeting for the discussion of the strategy to be followed for the implementation of health data standards (May)
- Technical meeting for the definition for the interoperability (IT communication) standards (May)
- Workshop for the validation of provider information needs (June)

Health Human Resources

- Regional Workshop “Estimating human resources requirements for UHI” in Apurimac, Cusco and Huánuco
- Regional Workshop “Tools and methodologies to define job competencies” in Apurimac, La Libertad and Ayacucho.
- Regional Workshop “Defining managerial competencies for human resources management” in Huánuco and San Martin.
- Regional Workshop “Building a health human resources system” in Huánuco.

Medical Products

- Quick assessment of the pharmaceutical supply system in Cusco, Apurimac and Ayacucho (April)
- Quick assessment of the pharmaceutical supply system in Huanuco and La Libertad (May)
- Working group engaged in the development of a methodology for developing and updating the national essential drugs list.

7. Collaboration

USAID|Peru|Quality of Care.-The project team has been working with USAID|Quality of Care in a strategy to design, jointly with the RHD of San Martin, a comprehensive health intervention model that shall integrate changes at the support systems level with changes at the service provision level, in order to guarantee resolution and quality of care. The project's aim is to include the MCC – Immunization project and the Healthy Municipalities and Communities project in this initiative.

ParSalud.- The different technical teams of the project have been meeting with ParSalud counterparts to identify common interventions and possibility to build synergies in specific areas whre both projects are working. For example, both projects components related with health human resources are working to set or adjust managerial competencies and contents of MOH training program in health management (PREG)

ANGR.- A MOU will be established with the ANGR. The project will provide support to the ANGR in order to establish and implement a health agenda during 2010. The topics that have been pointed out by the Technical Secretariat of the ANGR are: consensus building process regarding the matrix of distribution of health functions between national, regional and local levels; fiscal decentralization; Result Based Budget; SIS financing of outstanding debt: the Municipal Incentive Program. In addition to the TA from the project's team members, the ANGR has requested a consultant to work full time in the health agenda.

SERVIR.- A MOU will be established with SERVIR. The project will coordinate the development of the HHR decentralized management system, the methodology for the definition of job competencies and the competency based performance assessment, among other key issues.

Abt Associates Inc.
TASC3 Peru HPR
January - March 2010 - Quarterly Fianancial Summary

Total Contract:	$19,575,526
Amount obligated to date:	$2,846,855
Unobligated balance:	$16,728,671
Expenditure to date (*)	$410,761
Remaining obligated funds:	$2,436,094

Table A - Costs Incurred by Main line items

Cost Category	Contract Budget	Expenditure to date (*)	Total budget remaining
Labor	$4,651,375	$140,325	$4,511,050
Fringe benefits	$1,953,578	$58,937	$1,894,641
Overhead	$1,241,487	$40,723	$1,200,764
Consultants	$1,117,246	$15,749	$1,101,497
Travel and per diem	$542,009	$13,357	$528,652
Allowances	$0	$0	$0
Other direct cost	$2,868,606	$50,663	$2,817,943
Equipment	$123,931	$223	$123,708
Subcontracts	$3,237,575	$0	$3,237,575
Other indirect costs	$2,559,076	$64,536	$2,494,540
Fee	$1,280,642	$26,248	$1,254,394
Total estimated costs	**$19,575,526**	**$410,761**	**$19,164,765**

Table B - Costs Incurred by Component/CLINs

Activity	Contract Budget	Expenditure to date (**)	Total budget remaining
CLIN 1 - Health Governance	$6,926,823	$37,952	$6,888,871
CLIN 2 - Health Financing	$4,848,215	$52,799	$4,795,416
CLIN 3 - Health Information	$2,876,795	$21,454	$2,855,341
CLIN 4 - Human Resources	$2,902,803	$2,177	$2,900,626
CLIN 5 - MEDICAL PRODUCTS, VACCINES AND TECHNOLOGIES MANAGEMENT & LOGISTICS	$2,020,890	$4,454	$2,016,436
General Technical Assistance	$0	$98,067	-$98,067
Main Operations	$0	$167,217	-$167,217
Total estimated costs	**$19,575,526**	**$384,120**	**$19,191,406**

Notes:

(*) Financials are as of the week of April 5, 2010. Abt Associates is under the process of closing its fiscal year/books and final numbers will not be available until April 16, 2010. The numbers reflected on this report are the latest update as per the system.

(**) Costs incurred by components/CLINs are still being updated in the system and by the end of this process the total will equal $410,761.

General Technical Assistance: General category that deals with only technical activities that cross over all of the Contract's components (i.e. workplans, reporting, etc).

Main Operations: General category that deals with the project's operations activities (i.e. HQ and Site financial and administration oversight).

Lima

Address	Av. La Floresta 497, Oficina 101 San Borja, Lima
Telephone	51 1 417 6000
RPM	# 204405

Apurimac

Address	Pasaje Valdivia C-6, 2do. Nivel Abancay
Cell phone	9 75 53 74 43
RPM	# 204388

Ayacucho

Address	Urb. Mariscal Cáceres, Mz B Lote 26 Ayacucho
Cell phone	9 75 53 74 68
RPM	# 204382

Cusco

Address	Edificio Santa Fe – Pasaje Constancia 102, Oficina 201 Cusco
Cell phone	9 75 53 74 65
RPM	# 204378

Huanuco

Address	Jr. Bolivar 335, Oficina B Huanuco
Cell phone	9 75 53 74 70
RPM	# 204385

La Libertad

Address	Av. Nicolás de Piérola 724, Dpto. 1005 Urb. Primavera – Trujillo
Cell phone	9 75 53 74 59
RPM	# 204356

San Martin

Address	Jr. Andrés Avelino Cáceres 128 Tarapoto
Cell phone	9 75 53 74 73
RPM	# 204389

Appendix 2: Project Presentation Meetings Held with Counterparts

- Ministry of Health
    - Minister and Advisors
    - Vice Minister and Advisors
    - General Directorate of People Health
    - General Directorate of Human Resources Development
    - General Directorate of Medicines, Supplies and Drugs
    - Office of Statistics and Information
    - Office of Decentralization
    - Office of Planning and Budgeting
- Prime Minister Office
    - National Authority of Civil Service (SERVIR)
    - Secretariat of Decentralization
    - Secretariat of Public Management
- Ministry of Economy and Financing
    - National Division of Public Budgeting
- Regional Governments
    - Cajamarca, Health Director
    - Lambayeque, Regional President
    - San Martin, Regional President, Social Development Manager, Health Director, RHD management team

    - Ayacucho, Social Development Manager, Health Director, RHD management team
    - Apurimac, Regional President, Social Development Manager, Health Director, RHD management team
    - Cusco, Regional President, Social Development Manager, Health Director, RHD management team
- Cooperation Agencies and partners
    - USAID|Quality of Health Project
    - USAID|Umbral Project
    - PAR Salud Project
    - UNDP
    - PAHO, Human Resources area
- Other
    - Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza (MCLCP), Technical Secretary, Surveillance group of Nutrition Program, Surveillance Group of Maternal Health Program
    - National Assembly of Regional Governments (ANGR), Technical Secretary
    - Private University San Martin de Porres
    - Committee of Political Parties Agreement
    - Governa, NGO

A. Intergovernmental Health Committee Work Plan, 2011

B. Political Parties Agreement on Financial Issues

C. Work plan of the New Cycle of Political Parties Dialogue

D. Analysis of the Health Public Budget

E. Analysis of the Incentives Municipal Program

F. Rapid Assessment Tool of Medical Products Supply

CRONOGRAMA ACTIVIDADES DE LA CIGS

Objetivos Especificos	Actividades/Productos	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Grupo de trabajo
		Cronograma										
RECTORIA/REORGANIZ./CAPACIDADES/DESC LOCAL												
Concertar las matrices de funciones del MINSA en concordancia con roles y funciones regionales para evitar duplicaciones y ausencias	Socializar la propuesta de matrices de funciones elaboradas por el MINSA	23										DIGESA, OGPP, OGCI, DGE, SAN MARTIN, SECCOR, APURIMAC y Secretaria General MINSA
	Recepción de aportes de los GRs		16									
	Taller de concertación MINSA- GR- GL		23									
Evaluar los avances de los procesos de reorganizacion de los GRs en Salud, para la mejora del ejercicio de funciones transferidas.	Reunión de trabajo para el análisis de experiencias de rediseno (En Tarapoto)			20								
	Elaboracion del documento balance del proceso de rediseno (avances, limitaciones, definicion de agenda de asistencia tecnica e identificacion de ajustes normativos)				1							
	Sesion CIGS para aprobar agenda de asistencia tecnica y propuesta de ajustes normativos necesarios				25							
Concertar el plan de desarrollo de capacidades en Salud (incluye las funciones	Socializacion de la propuesta elaborada por la DGDGRH	31										

estrategicas a fortalecer establecidas por cada gobierna regional)	Recepcion de aportes a la propuesta		30									
	Procesamiento de aportes y ajustes a la propuesta (Tarapoto)			21								
	Sesion CIGS para aprobacion del plan				25							
Identificar y acordar las disposiciones/mecanismos necesarias para efectivizar la delegacion y transferencias de funciones	Elaboracion de propuesta de documento de disposiciones especificas						31					
	Sesion CIGS para aprobacion de la propuesta							17				
RECURSOS HUMANOS												
Contribuir a mejorar la legislación laboral para que sea justa, única y equitativa.	Acopio, revisión y análisis de la normatividad relacionada con el tema.				x							DGGRH, OGRH y Gobiernos Regionales de Huánuco, Junin, Huancavelica, Moquegua, Madre de Dios, Cajamarca, Lambayeque y Arequipa
	Consulta a expertos en la materia.					x						
	Formulación de anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria en el país.					x	x	x	x			
	Sesion CIGS para aprobar propuesta de anteproyecto										17	
Colocar en la agenda política de los partidos políticos la necesidad de la modificación de la Ley de Presupuesto en relación a una política remunerativa flexible que permita su optimización sin precarización.	Elaboración de propuesta de incidencia											

	Socialización y recojo de aportes											
	Sesión CIGS para aprobar propuesta de incidencia				25							
Sistematización y difusión de experiencias regionales exitosas del uso optimo de mecanismos para la mejora de las remuneraciones.	Recopilar las experiencias exitosas de las diferentes regiones del país relacionadas con la optimización de los recursos.											
	Revisar y analizar las experiencias demostradas.											
	Discusión y ajustes para socializar las experiencias.											
	Socialización con todas las regiones.											
Fortalecer las capacidades gerenciales nacionales y regionales a través de un programa de especialización en gerencia y gobierno en salud.	Realizar ajuste al cuadro de necesidades de capacitación en materia de gerencia y gobierno en salud.											
	Definir los mecanismos de capacitación que involucre al mayor número de gestores nacionales y regionales.											
	Elaboración de propuesta técnica y metodológica que defina el Programa de Especialización.											
	Formular el Programa de Especialización.											

	Definir criterios de selección de participantes.											
FINANCIAMIENTO AUS - SIS												
Definicion de componentes de prestacion por niveles de complejidad "Plan de Beneficios de Aseguramiento Universal"	Documento de propuesta			x								DGSP/GOSIS/AMAZONAS, LORETO-CALLAO, LIMA SUR
	Envio de propuesta			x								
	Sesion CIGS para definir acuerdos				25							
Optimizacion de elementos estructurales y procedimentales de la gestion sanitaria de los establecimientos de salud	Documento de propuesta						x					DGSP/GOSIS/LIMA ESTE, SAN MARTIN
	Envio de propuesta						x					
	Sesion CIGS para definir acuerdos							17				
Definicion de mecanismos de pago (capitado, por paquete, por tarifa, etc)	Documento de propuesta									x		OGPP/GOSIS/PIURA, HOSPITAL III-1, INEN, INSN
	Envio de propuesta									x		
	Sesion CIGS para definir acuerdos										17	
Optimizacion de procedimientos de ejecucion de los recursos (analizar calendarizacion, reembolsos y otros)	Documento de propuesta			x								OGPP/SIS/CALLAO, AMAZONAS
	Envio de propuesta			x								
	Sesion CIGS para definir acuerdos				25							
Desarrollo de mecanismos de negociacion (metas vs financiamiento)	Documento de propuesta			x								OGPP/SIS/PIURA, CALLAO, LORETO
	Envio de propuesta			x								
	Sesion CIGS para definir acuerdos				25							
Formulacion e implementacion de ley de financiamiento del AUS	Documento de propuesta									x		SIS/OGPP/DGSP/UCCAYALI
	Envio de propuesta									x		
	Sesion CIGS para definir acuerdos										17	

Conversion del SIS en fondo de aseguramiento con presupuesto intangible	Documento de propuesta									x		SIS/OGPP/DGSP
	Envio de propuesta									x		
	Sesion CIGS para definir acuerdos										17	
Financiamiento para enfermedades de alto costo	Documento de propuesta						x					SIS/OGPP/DGSP
	Envio de propuesta						x					
	Sesion CIGS para definir acuerdos							17				
CONSEJOS DE SALUD												
Población informada que ejerce sus derechos de participación ciudadana en salud por medio de los Consejos de salud	Linea Basal			x								DGPS,SECCOR
Población informada que ejerce sus derechos de participación ciudadana en salud por medio de los Consejos de salud	DISEÑO DE PROPUESTAS PARA LA DIFUSION Y PUBLICIDAD				x							DGPS,SECCOR
Consejos de Salud integrados con los niveles de gobierno en un marco normativo multisectorial e intergubernamental en el marco de la descentralización.	REVISION Y PROPUESA DE LA MODIFICACION DE LA LEY				25			17				SECCOR, DGPS,OGAJ
Consejos de Salud integrados con los niveles de gobierno en un marco normativo multisectorial e intergubernamental en el marco de la descentralización.	HOJA DE RUTA PARA LOS CONSEJOS DE SALUD					x						SECCOR, DGPS,OGAJ
ENTREGABLES CIGS												
Situación Actual del Ejercicio Compartido (Funciones Transferidas)	Informe consolidado de acuerdos CIGS 25-junio											OFICINA DE DESCENTRALIZACI

	Informe consolidado de acuerdos CIGS 17-setiembre y 17 diciembre											ON
	Elaboración de propuesta técnica de nuevos convenios de gestión intergubernamental											
	Sesión CIGS para aprobar propuesta base de convenios de Gestion										17	
Plan de trabajo 2010 CIGS	Plan de trabajo 2010 aprobado por CIGS	20										CIGS
Plan Sectorial de Transferencia de Mediano Plazo	Elaboración de una propuesta en base a la Hoja de Ruta de la Descentralizacion en Salud		30									OFICINA DE DESCENTRALIZACION
	Consulta a miembros de la CIGS			3								
	Sistematización de aportes			12								
	Envío de propuesta			14								
	Aprobación por el CIGS				25							
Esquema de Gestión Descentralizada de las Funciones Transferidas	Elaboración de una propuesta					1						GRUPO DE TRABAJO CIGS
	Consulta a miembros de la CIGS					5						
	Sistematización de aportes						13					
	Envío de propuesta						31					
	Aprobación por el CIGS							17				
Identificación de los Servicios Públicos para el Desarrollo de la Gestión Descentralizada y costos asociados y	Elaboración de una propuesta								1			GRUPO DE TRABAJO CIGS
	Consulta a miembros de la CIGS								4			

Esquema de Gestión Descentralizada de las Funciones Transferidas	Sistematización de aportes									12		
	Envío de propuesta									30		
	Aprobación por el CIGS										17	

ACUERDO DE PARTIDOS POLITICOS EN SALUD (APPS) SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

I. Presentación

Desde el año 2005, se ha organizado con los especialistas de los partidos políticos del país un espacio de trabajo, diálogo político y construcción de consensos, con la finalidad de aportar a la formación y propuesta de Políticas de Estado en el campo de la Salud.

Este trabajo, ha tenido su concreción en la elaboración de dos documentos, El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud[2] y Sobre la Función Rectora en Salud[3], que reflejan no solo el interés y preocupación actual de los partidos políticos sino también y principalmente, el compromiso de sus representantes y líderes en garantizar su implementación y continuidad.

El Acuerdo de Partidos Políticos en Salud aborda la problemática de salud en su conjunto bajo una lógica de priorización en base a ocho ejes: salud infantil, salud materna, enfermedades transmisibles, aseguramiento universal, acceso y disponibilidad de medicamentos, financiamiento, descentralización y participación ciudadana en salud. El documento Sobre la Función Rectora; desarrolla en detalle esta función fundamental del sistema de salud en términos de su conducción, regulación y fiscalización, armonización de la prestación, modulación del financiamiento y garantía del aseguramiento.

En abril del año 2009, se aprueba la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud[4], la que se constituye en un hito clave en el proceso de la reforma del aseguramiento en salud en el Perú. Esta Ley busca garantizar el acceso equitativo de todos los peruanos a la atención de salud mediante su aseguramiento universal, consagrándose mediante tres regímenes cuya definición esta vinculada al financiamiento del aseguramiento: contributivo, semi-contributivo y subsidiado. Por ello, siendo la función de financiamiento punto crítico para la implementación y desarrollo universal del aseguramiento, el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud consideró necesario desarrollar una propuesta al respecto.

[2] Diciembre 2005.
[3] Abril 2009.
[4] Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud del 8 de abril 2009.

Al respecto, la viabilidad y sostenibilidad financiera de esta reforma dependerán de garantizar un flujo predecible y constante de recursos que financien los servicios de salud para los asegurados a lo largo del tiempo.

Sin embargo, no sólo hay que garantizar la disponibilidad adecuada de recursos financieros, sino que debe cuidarse de los aspectos organizacionales que comprometen la agrupación de dichos recursos y los mecanismos de asignación a ser utilizados para retribuir a los prestadores. Algunas preguntas son esenciales: ¿Cómo se determina el monto requerido para financiar los servicios de salud de los diversos grupos de riesgo? ¿En base a qué criterios se toma esta decisión? ¿Cómo se organizan y armonizan los flujos de diversas fuentes? ¿Quién-es los administra? ¿Cómo se establece la relación entre la institución administradora de los fondos y los establecimientos de salud? Estas son algunas de las preguntas que resultan relevantes al analizar la sostenibilidad financiera del aseguramiento universal de salud.

El presente documento es producto de una serie de sesiones de trabajo, reuniones técnicas y talleres, desarrollados desde abril del 2009, bajo la conducción del comité coordinador y con la facilitación de la cooperación internacional[5]. Cabe mencionar el compromiso y esfuerzo mostrado por los representantes de los partidos políticos en abordar este tema.

II. Consideraciones previas

Este documento considera un conjunto de elementos cuya existencia debe preceder y acompañar al desarrollo del financiamiento del aseguramiento en salud:

- Un buen conocimiento documentado del perfil epidemiógico por regiones y la actualización periódica de la carga de enfermedad.
- La población sujeto del aseguramiento debe ser plenamente identificable, en base al Documento Nacional de Identidad (DNI). Al respecto se mencionan tres dificultades que trascienden al sector salud y deben ser corregidas, ya que afectan especialmente a grupos vulnerables en medios andinos/amazónicos: la ausencia del DNI debido la falta de presencia del Estado, el temor/rechazo a la portabilidad del DNI y la alta movilidad estacional que se expresa en flujos migratorios.
- Se debe contar con el bagaje tecnológico básico y de gestión como es la disponibilidad previa de metodologías de costeo, cálculo actuarial, metodologías para la formulación de primas, gestión del mercado de aseguramiento, cálculo de

[5] USAID-PERU, Cooperación Belga y CIES

enfermedades catastróficas, estimación de fondos de reserva y la puesta en marcha de un subsistema de contabilidad de costos que provea de información de la que se derive una gama de análisis de costos. El uso de estas técnicas aplicadas a millones personas y miles de establecimientos demanda contar con una plataforma informática y de comunicación para administrar/supervisar recursos e información.

- La existencia de acuerdos político-sociales progresivos hacia la unificación de esfuerzos en cuanto al uso de los recursos y adopción de sistemas administrativos únicos.
- El desarrollo y manejo de sistemas de identificación de beneficiarios de programas sociales, de determinación de ingresos familiares y otros similares no es responsabilidad del sector salud, siendo un prerrequisito para el funcionamiento correcto del aseguramiento universal en salud.
- El avance de la Reforma de Estado. Sin una reforma del sector público destinada a mejorar sus niveles de eficiencia, efectividad y transparencia, avanzar una reforma sectorial se hace difícil.

III. Bloques temáticos

III.1. Elegibilidad de los regímenes:

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344), establece 3 regímenes para el aseguramiento de todas las personas: contributivo, semicontributivo y subsidiado.

1) La definición del modelo de atención en salud es previa al establecimiento de los tres regímenes; los cuales deben aplicar los mismos protocolos de atención.
2) La identificación de beneficiarios se organizará en un sistema único basado en el Documento Nacional de Identidad y otros mecanismos de identificación transitorios.
3) La prioridad en la asignación de recursos estará dirigida a la población en condición de pobreza y/o vulnerabilidad; con criterios específicos de aplicación para las zonas rurales, urbanas y urbano-marginales.
4) La técnica de focalización, como uno de los criterios de priorización a ser aplicados, variará considerando la homogeneidad o heterogeneidad de las poblaciones, propiciándose la de carácter individual para el área urbana y la geográfica para la rural.
5) Los criterios de clasificación de las personas, según el régimen de aseguramiento, se basan en consideraciones de orden socioeconómico y laboral

que deberán ser precisadas y compatibilizadas con los objetivos de la ley marco de aseguramiento.

6) Se requiere hacer precisiones a través de normas complementarias, para poder asignar de modo más preciso a la población en cada uno de los regímenes de aseguramiento establecidos, de tal forma que ningún poblador quede fuera de uno de los regímenes previstos, ni pueda ser elegible para más de un régimen.

III.2. Régimen subsidiado

Según lo establece la Ley, el régimen subsidiado, comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.

III.2.1. Financiamiento a través de impuestos Generales

La Ley 29344 define algunas fuentes de financiamiento público para el régimen subsidiado.

1) El financiamiento del régimen subsidiado debe provenir principalmente de la recaudación tributaria.

2) Se debe establecer un compromiso vinculante entre la autoridad sanitaria y la de hacienda pública para alcanzar progresivamente un financiamiento público equivalente a 3,5% del PBI en un horizonte de 6 años y de actualización anual. Dicho financiamiento deberá estar respaldado en el cumplimiento de metas operacionales conjuntamente acordadas.

3) Debe existir un proceso de negociación transparente entre la autoridad sanitaria nacional, la regional, la hacienda pública y el poder legislativo para la determinación de las transferencias a las regiones en materia sanitaria. Ello debe incluir la determinación de un umbral mínimo acorde a las metas regionales.

4) Debe existir un nivel de compatibilización entre el proceso de financiamiento con recursos públicos y el de costeo de los servicios objeto de aseguramiento.

III.2.2. **Mecanismo de asignación de recursos públicos a Unidades Ejecutoras**:

El mecanismo de asignación de recursos públicos a las unidades ejecutoras de salud sigue la estructura del proceso presupuestal en el sector público. Sin embargo, el aseguramiento universal exige otros mecanismos que generen

mayor dinamismo e incentivos en la prestación de servicios de salud y el manejo de los fondos.

1) Se deben explicitar mecanismos de compensación del financiamiento a nivel regional (tipo FONCOMUN) para mejorar la equidad en la asignación financiera.
2) Los criterios para la asignación del financiamiento a las regiones debe considerar: resultados/indicadores de salud, calidad/eficiencia, perfil epidemiológico/nivel de riesgo, necesidades/demandas.
3) Se debe establecer mecanismos de complementariedad en aportes al financiamiento de los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local.

III.2.3. Pagos a prestadores

El mecanismo de pago a los prestadores debe tener continuidad con el mecanismo de pago a las unidades ejecutoras, al mismo tiempo que presenta un margen de discrecionalidad para con dichas unidades, permitiéndoles seleccionar los mecanismos de pago y de contratación de personal adecuado y su aplicación progresiva.

1) Las formas de pagos a proveedores deben ser coherentes con un enfoque basado en los perfiles epidemiológicos regionales, niveles de riesgo y niveles de complejidad de la prestación
2) El mecanismo de pago preferente a prestadores del primer nivel de atención debe ser capitado; el mismo que deberá incluir tanto atenciones curativos como preventivo- promocionales.
3) El pago por servicios y por Diagnóstico Resuelto se hará de acuerdo a protocolos de atención estandarizados.

III.2.4. Flexibilidad/Discrecionalidad de las Unidades Ejecutoras para el uso de los recursos:

Los distintos mecanismos establecidos previamente buscan generar incentivos de eficiencia y gestión por resultados. Sin embargo, estos objetivos no serán alcanzados si es que el operador final de los recursos no goza de un determinado rango de flexibilidad/discrecionalidad para el uso de los recursos, así como de su transparencia.

1) Se recomienda flexibilizar los procesos de ejecución presupuestal de acuerdo a una capacidad certificada y con revisión periódica.
2) Mejorar las capacidades de gestión de la Unidades Ejecutoras con prioridad en las áreas con mayor población vulnerable y de acuerdo a su nivel de responsabilidad (DIRESA, Red, Microrred, establecimiento).

III.3 Régimen semi-contributivo

La Ley crea el régimen semi-contributivo, el cual comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda.

1) Los montos de subsidios a la población afiliada a este régimen deberán determinarse a partir de la aplicación de sistemas supra-sectoriales de identificación socioeconómica.
2) En el uso de servicios se deben establecer copagos a los afiliados al régimen semi contributivo diferenciados según el tipo de servicio.

III.4 Régimen contributivo

La Ley establece que el regimen contributivo comprende a todas las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago o cotización por su empleador o por cuenta propia.

1) El Ministerio de Salud en su rol rector, a través de la Superintendencia de Salud, debe supervisar las tasas de contribución utilizando estudios actuariales, para garantizar su estabilidad y eficiencia a la población adscrita a este régimen.
2) El Ministerio de Salud en su rol rector, a través de la Superintendencia de Salud, debe normar la regulación existente para el aseguramiento privado permitiendo la renovación de pólizas con aumentos de prima justificados en estudios actuariales y eliminando gradualmente la no atención a las pre-existencias.

POLITICAL PARTIES

1. Acción Popular
2. Alianza para el progreso
3. Cambio 90
4. Partido Aprista Peruano
5. Restauración nacional.
6. Partido Popular Cristiano
7. Solidaridad Nacional
8. Perú Posible

9. Partido Nacionalista peruano
10. Partido Humanista del Perú
11. Movimiento Nacional de Izquierda
12. Partido Descentralista Fuerza Social
13. Partido Socialista

PLAN DE DE TRABAJO DEL NUEVO CICLO DE DIALOGO POLITICO EN SALUD:

BALANCE Y PRIORIDADES PARA EL PERIODO GUBERNAMENTAL 2011-2016

Marzo 2010

Índice

Índice 64

1. Presentación 65

2. Dialogo entre partidos políticos 66

2.1 Objetivos 66
2.2 Metodología 66
2.3 Actividades 68
2.3.1 Fase I: Organización y Planificación 68
2.3.2 Fase II: Balance en salud 69
2.3.3 Fase III: Ciclo de diálogo sobre avances y perspectivas 69
3. Dialogo de los Partidos políticos con los ciudadanos 69

3.1 Objetivos 69
3.2 Alternativas de diálogo 70
3.3 Nivel de compromiso de los partidos 73
4. Ámbito de trabajo y participantes 73

5. Anexos 74

Presentación

A partir del año 2005, se comienza a desarrollar un espacio de diálogo y dialogo político en torno a la problemática de salud, con la finalidad de aportar a la formulación de políticas así como promover una agenda común en salud. Este trabajo ha tenido su concreción en la elaboración de documentos de consenso que reflejan tanto el interés como el compromiso de los principales representantes y líderes políticos.

El primer documento formulado durante los años 2004 y 2005, aborda la problemática de salud en su conjunto bajo una lógica de priorización en base a ocho ejes: salud infantil, salud materna, enfermedades transmisibles, aseguramiento universal, acceso y disponibilidad de medicamentos, financiamiento, descentralización y participación ciudadana en salud; el segundo documento, elaborado durante el año 2008, desarrolla en detalle la función rectora del sistema de salud, en términos de conducción, regulación y fiscalización, armonización de la prestación y modulación del financiamiento y garantía de aseguramiento.

Durante el año 2009, se continuó el trabajo en el espacio de los partidos políticos, teniendo como marco del dialogo la política de aseguramiento universal, cuya aprobación estaba en marcha. De esta manera las agrupaciones políticas decidieron abordar específicamente el tema del financiamiento de la ley marco de aseguramiento en salud, entendiendo que es un punto crítico en la implementación y sostenibilidad de esta política.

Durante el desarrollo de estos procesos se tuvo la participación activa de los representantes de los partidos políticos, profesionales especialistas y conocedores de la problemática sanitaria, quienes a través de continuas reuniones técnicas y talleres, lograron establecer un consenso, que muestra que es posible construir acuerdos en torno a objetivos comunes y a pesar de las diferencias en los enfoques que pudieran existir.

Cabe mencionar que el desarrollo de este trabajo cuenta con dos componentes fundamentales, por un lado la organización y planificación del espacio de trabajo y por otro lado, la facilitación del mismo. La organización y planificación es asumida por el Comité Coordinador del dialogo de partidos políticos en salud, el cual está integrado por representantes de los propios partidos, elegidos en cada etapa de los temas tratados. Ellos son quienes definen el plan de trabajo a seguir, la pauta orientadora para el desarrollo del mismo; mientras que la facilitación es asumida por organizaciones auspiciadoras que proporcionan información técnica especializada y permiten la vinculación con diferentes especialistas.

El nuevo ciclo de trabajo que se propone, tiene como marco el proceso electoral 2011, proceso que está marcado por la participación de múltiples partidos o agrupaciones políticas. Actualmente están inscritas 23 agrupaciones políticas y otras ocho se encuentran en proceso de inscripción en el nivel nacional.

En ese escenario, la propuesta de trabajo consiste en fortalecer el espacio de diálogo para que las agrupaciones cuenten con mayor información especializada que les permite desarrollar sus propuestas de gobierno en el campo de la salud pública.

Asimismo, el espacio del acuerdo de partidos políticos en salud se propone realizar un proceso de diálogo abierto con los ciudadanos en su calidad de usuarios de los servicios de salud para conocer sus expectativas para la reforma del sector salud en el próximo período gubernamental, de modo que se enriquezcan las propuestas de los partidos.

Dialogo entre partidos políticos

OBJETIVOS

General:

Promover el fortalecimiento de un espacio de diálogo político en salud que permita a las agrupaciones políticas desarrollar sus propuestas teniendo en perspectiva el nuevo período gubernamental 2011-2016

Específicos:

a. Promover el dialogo en torno a los avances, respecto de los acuerdos políticos 2005-2006 y perspectivas de las políticas sanitarias implementadas.

b. Aportar al desarrollo de las propuestas políticas en salud sobre la base de información suficiente y especializada.

c. Aportar a la construcción de propuestas conjuntas respecto a temas prioritarios definidos por las agrupaciones políticas.

METODOLOGÍA

La metodología planteada para este ciclo de trabajo, considera tres fases; la primera fase es sobre la organización y planificación del proceso a desarrollar, la segunda fase considera el desarrollo del balance en salud de parte de las autoridades y organizaciones de la sociedad civil; y la tercera fase consiste en la elaboración y presentación de balances realizados por cada agrupación política incluyendo la definición de perspectivas para el nuevo período gubernamental.

Primera fase (organización y planificación):

En esta fase se identifican actores, se definen procedimientos y pautas en el desarrollo del trabajo. Considera la identificación de las organizaciones que serán socias en el desarrollo del trabajo, presentar y discutir la propuesta de trabajo, definir al comité coordinador de esta etapa, formular el respectivo plan de trabajo, así como identificar y coordinar con los representantes o autoridades de los partidos políticos que participaran de las reuniones técnicas

Segunda Fase (Balance y temas prioritarios de la agenda 2011-2016; e inicio del ciclo de trabajo):

Presentación de la situación actual del sistema de salud, identificando sus principales limitaciones, logros, fortalezas y retos para el siguiente quinquenio. El objetivo es que los participantes manejen la misma información en relación a la situación actual del sistema de salud así como las principales características del

funcionamiento del mismo. El objetivo de este momento es contar con un balance de la situación sanitaria, considerando los acuerdos 2004-2006, desde diferentes perspectivas, esto es, desde los propios gestores y desde la lectura de organizaciones representativas de sociedad civil.

Tercera Fase (Ciclo de diálogo sobre avances y perspectivas):

En base al balance realizado de los avances y limitaciones de la situación sanitaria realizado por el Ministerio de Salud y organizaciones de la sociedad civil, se comienza una etapa formulación de balances y definición de perspectivas por cada una de las agrupaciones políticas, con el objetivo de promover el diálogo sobre diferentes análisis y propuestas de temas prioritarios para el período 2011-2016.

ACTIVIDADES

Las actividades se detallan a continuación para cada una de las fases del proceso.

Fase I: Organización y Planificación

a. Identificación de las organizaciones de sociedad civil (excepto partidos políticos), que pueden ser nuevos facilitadores en el desarrollo del trabajo: NDI, UNFPA, CARE u otras.

b. Identificación de instituciones observadoras: Defensoría del pueblo, Mesa de lucha contra la pobreza, Transparencia, Ciudadanos al día, Jurado Nacional de Elecciones.

c. Formulación y revisión de propuesta técnica del plan de trabajo.

d. Revisión y aprobación de la propuesta del plan de trabajo del nuevo ciclo por parte al comité coordinador actual.

e. Presentación de la propuesta de trabajo al grupo de partidos políticos para su aprobación.

- Conformación del comité coordinador del nuevo ciclo
- Propuesta metodológica final.
- Definición de reglas de incorporación de nuevas agrupaciones políticas al grupo.

f. Reuniones de coordinación con equipos de dirección de partidos políticos:

- Secretarios generales,
- Jefes de planes de gobierno y

- Responsables de Salud.

Fase II: Balance en salud

a. Organización y planificación de la primera reunión de trabajo de los partidos políticos en salud:
    - Agenda,
    - Participantes,
    - Expositores

b. Primera reunión de trabajo: Balance actual en salud desde la perspectiva de los propios gestores gubernamentales.

c. Segunda reunión de trabajo: balance actual en salud desde la perspectiva de organizaciones representativas de sociedad civil.

Fase III: Ciclo de diálogo sobre avances y perspectivas

a. Organización y planificación de las sesiones de trabajo
    - Agenda
    - Partidos políticos expositores.

b. Tercera y cuarta reunión de trabajo:
    - Presentación del balance de los partidos políticos y los temas prioritarios según cada agrupación.

Dialogo de los Partidos políticos con los ciudadanos

OBJETIVOS

Obtener información directa de los ciudadanos como usuarios de los servicios sobre sus expectativas de la reforma de salud como insumo para la formulación de propuestas de políticas públicas en salud.

ALTERNATIVAS DE DIÁLOGO

Alternativas	Potencial de visibilidad	Costo	Tiempo	Proceso
1. Reuniones de salud entre las organizaciones sociales y los partidos políticos	+	+	+	**Formato**: Reunión en que representantes de organizaciones sociales exponen sus expectativas. **Participantes**: Representantes de organizaciones sociales. Aproximadamente 12 organizaciones de alcance metropolitano. **Lugar:** Lima **Duración:** 4 horas cada reunión para escuchar a 6 organizaciones (30 minutos por organización). Número de reuniones dependerá del número de organizaciones invitadas. **Metodología**: • Temario libre o con cuestionario referencial que se entrega previamente a las organizaciones. • Las intervenciones de cada organización se registran y sistematizan. • Hay preguntas aclaratorias pero no deliberación **Costos a cubrir**: Local, refrigerios
2. Taller de salud entre las organizaciones sociales y los partidos políticos	++	++	++	**Formato**: Taller donde representantes de organizaciones sociales dialogan en grupos sobre sus expectativas **Participantes**: Representantes de grupos de organizaciones sociales. Aproximadamente 50 asistentes. **Lugar:** Lima **Duración:** 6 horas **Metodología**: • Los temas los establecen los asistentes • Trabajo de grupos sobre los temas elegidos. Las deliberaciones de los grupos se registran. • Relatoría al pleno

				• Relatoría al pleno • Priorización (opcional) **Costos a cubrir:** Local, materiales, refrigerios y almuerzos
3. Encuentros regionales de salud entre los ciudadanos y los partidos políticos	+++	+++	++++	**Formato**: Encuentros regionales donde representantes de organizaciones sociales y ciudadanos dialogan sobre sus expectativas **Participantes**: Representantes de organizaciones sociales y ciudadanos de regiones seleccionadas. Aproximadamente 50 asistentes por región elegido. **Lugar:** Puede considerarse 4 eventos: Norte, Centro, Lima, Sur o Lima, Costa, Sierra y Selva. **Duración:** 6 horas por cada evento **Metodología**: • Los temas los establecen los asistentes • Trabajo de grupos sobre los temas elegidos. Las deliberaciones de los grupos se registran. • Relatoría al pleno • Priorización (opcional) **Costos a cubrir:** Local, materiales, refrigerios y almuerzos para cada evento. Pasajes de los organizadores (partidos políticos)
4. Encuentro nacional de salud entre los ciudadanos y los partidos políticos	+++++	+++++	+++++	**Formato**: Encuentro nacional donde representantes de organizaciones sociales y ciudadanos de diferentes regiones o zonas del país dialogan en grupos sobre sus expectativas **Participantes**: Representantes de organizaciones sociales y ciudadanos provenientes de las regiones y/o zonas del país. Aproximadamente de 100 a 250 asistentes **Lugar:** Lima **Duracion:** 8 horas **Metodología**: • Los temas los establecen los asistentes • Trabajo de grupos sobre los temas elegidos. Las deliberaciones de los grupos se registran.

				• Relatoría al pleno • Priorización (opcional) **Costos a cubrir:** Local, materiales, refrigerios y almuerzos. Pasajes de los participantes de regiones.
5. Encuentro macroregional de salud entre ciudadanos y los partidos políticos	+++++	+++++	+++++	**Formato**: Encuentro macro regional donde representantes de organizaciones sociales y ciudadanos de diferentes regiones o zonas del país dialogan en grupos sobre sus expectativas **Participantes**: Representantes de organizaciones sociales y ciudadanos provenientes de las regiones de cada ámbito macro regional. Aproximadamente de 100 a 250 asistentes **Lugar:** Norte, Centro, Sur y Oriente **Duración:** 8 horas **Metodología**: • Los temas los establecen los asistentes • Trabajo de grupos sobre los temas elegidos. Las deliberaciones de los grupos se registran. • Relatoría al pleno • Priorización (opcional) **Costos a cubrir:** Local, materiales, refrigerios y almuerzos. Pasajes de los participantes de las regiones.

NIVEL DE COMPROMISO DE LOS PARTIDOS

- Consenso en el APPS
- Refrendo de los partidos
- Comité organizador
- Gestión del financiamiento
- Organización y convocatoria
- Conducción del dialogo

Ámbito de trabajo y participantes

El ámbito de trabajo es el nivel nacional, son todas las agrupaciones y organizaciones políticas de alcance nacional.

Los participantes en el desarrollo del presente trabajo son:

a. Representantes de salud de los partidos políticos, cuyo rol es deliberante (ver anexo).
b. Comité Coordinador del dialogo, cuyo rol es coordinar, planificar y organizar el trabajo a desarrollar; además de asumir la representación del grupo.
c. Socios facilitadores, cuyo rol es facilitar el diálogo y proporcionar información especializada a los participantes. (USAID, CTB, NDI, CIES. Por confirmar CARE y UNFPA).
d. Socios observadores, cuyo rol es hacer un seguimiento del proceso de diálogo. (Transparencia. Por confirmar: Defensoría del Pueblo, Ciudadanos al Día, , Apoyo, Acuerdo nacional, JNE, entre otros.
e. Socios que buscan aportar ideas o temas. (Por confirmar: UNFPA y Mesa de Concertación de Lucha contra La Pobreza)

Anexos

Listado de partidos políticos participantes:

1. Acción Popular
2. Alianza para el progreso
3. Cambio 90
4. Partido Aprista Peruano
5. Restauración nacional.
6. Partido Popular Cristiano
7. Partido Humanista peruano
8. Solidaridad nacional
9. Perú Posible
10. Partido nacionalista peruano
11. Movimiento nueva izquierda
12. Partido Descentralista Fuerza Social.
13. Partido democrático Somos Peru
14. Unión por el Perú.

Listado de partidos políticos inscritos en el Jurado Nacional de Elecciones (JNE) y que aún no participan en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud.

1. Agrupación independiente Si cumple.
2. Cambio radical.
3. Coordinadora nacional de independientes
4. Despertar nacional
5. Fonavistas del Peru
6. Fuerza Nacional
7. Nueva mayoría
8. Participación popular
9. Partido político adelante
10. Renovación Nacional
11. Siempre unidos
12. Fuerza 2011

EL PRESUPUESTO PÚBLICO 2010 Y EL SECTOR SALUD

I. Presupuesto 2010 de la función salud según niveles de gobierno

El Presupuesto Institucional de Apertura 2010 de la función Salud, que incluye gastos de los tres niveles de gobierno, alcanzó los S/. 6,594 millones, cifra superior en S/. 723 millones al presupuesto aprobado para el 2009. El Presupuesto asignado a las instituciones del Gobierno Nacional, que incluye los gastos de tres sectores: Defensa, Interior y Salud[6], representó el 59%. Los Gobiernos Regionales concentran el 39%, mientras que los Gobiernos Locales el restante 2%.
El análisis de variaciones entre el presupuesto 2010 – 2009, objetivo central del presente informe, se centra en el presupuesto del Sector Salud y los Gobiernos Regional, principalmente por el criterio de cobertura presupuestal, pues en conjunto representan el 92% del Presupuesto Público de la función salud. Además, este conjunto de instituciones son las que registran los cambios más significativos en el presupuesto[7].
Respecto del tipo de gasto al que se destina el presupuesto, se encuentra que 79% de los recursos de la función Salud se destinan a gasto corriente[8]. Sin embargo, se aprecia ciertas diferencias entre los distintos niveles de gobierno. Por un lado, las instituciones del gobierno nacional y los gobiernos regionales destinan 87% y 85% respectivamente de su presupuesto a gastos corrientes, mientras que los gobiernos locales sólo el 22% a este grupo de gastos; en este caso el financiamiento de proyectos de inversión es su destino principal. Estas diferencias se aprecian incluso al interior de un mismo nivel de gobierno. Así, dentro del gobierno nacional, se aprecia que mientras que el MINSA destina 85% de su presupuesto a financiar gasto corriente, el Seguro Integral de Salud destina el 100%.

Respecto de la fuente que financia el presupuesto, se encuentra que los Recursos Ordinarios financia el 82% del presupuesto de la función salud, los Recursos Directamente Recaudaos (gastos de bolsillo) el 9% y el restante 9% lo financia Recursos Determinados. La importancia de las fuentes de financiamiento varía entre los distintos niveles de gobierno e instituciones. Así, En el caso de MINSA el 91% de su presupuesto lo financia con RO, mientras que en el caso de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento este porcentaje es 99%.

Cuadro 1

[6] Los gastos del Sector Defensa corresponde los que realizan las sanidades del Ejército, la Fuerza Área y la Marina de Guerra. Los gastos de Sector Interior corresponde a los que realizan las sanidades de la Policía Nacional del Perú. El Sector Salud incluye el gasto de sus cinco pliegos: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, el Seguro Integral de Salud y el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.
[7] Los cambios en el presupuesto en los sectores interior y defensa, así como los registrados en los GL son marginales
[8] El gasto corriente incluye las genéricas de gasto: Personal y Obligaciones Sociales, Bienes y Servicios, Donaciones y Transferencias,

Presupuesto 2010 en la función Salud								
Nivel de gobierno	2009	2010	%	Presupuesto 2010				
				Gasto Corriente	Gasto Capital	Recursos Ordinarios	RDR	Recursos Determin.
GOBIERNO NACIONAL	**3,545.0**	**3,871.4**	**59%**	**3,352.7**	**518.7**	**3,535.8**	**335.6**	
Sector Defenza	***157.5***	***171.3***	***3%***	***171.0***	***0.3***	***170.4***	***0.9***	
Ejercito Peruano	65.2	74.5		74.2	0.3	73.6	0.9	
Marina de Guerra del Perú	31.6	33.6		33.6		33.6		
Fuerza Aerea del Perú	60.7	63.2		63.2		63.2		
Sector Interior	***225.6***	***187.7***	***3%***	***183.2***	***4.5***	***178.2***	***9.5***	
Sanidad de la PNP	225.6	187.7		183.2	4.5	178.2	9.5	
Sector Salud (*)	***3,161.9***	***3,512.4***	***53%***	***2,998.5***	***513.9***	***3,187.2***	***325.2***	
Ministerio de Salud	2,518.6	2,799.1		2,316.7	482.4	2,551.5	247.6	
Instituto Nacional de Salud	91.2	94.2		79.6	14.6	87.5	6.7	
Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud	9.9	9.7		9.7		9.6	0.1	
Seguro Integral de Salud	429.8	464.2		463.2	1.0	455.7	8.5	
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas		145.2		129.3	15.9	82.8	62.4	
GOBIERNOS REGIONALES	**2,103.4**	**2,587.9**	**39%**	**2,156.5**	**431.4**	**2,187.5**	**252.7**	**147.8**
GOBIERNOS LOCALES	**222.4**	**134.3**	**2%**	**29.0**	**105.3**		**14.4**	**119.9**
Total	**5,870.8**	**6,593.6**	**100%**	**5,184.0**	**1,050.6**	**5,374.7**	**592.3**	**267.7**
RESERVA DE CONTINGENCIA		**541.0**						
Total (Incluye fondos de la Reserva)		**7,134.6**						

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

(*) Incluye S/. 311 millones de la función protección social y S/. 169 millones de la función previsión social

Cabe notar que la fuente Recursos Determinados financia sólo gastos de la función salud en los gobiernos regionales y locales, ya que son estos niveles de gobierno los que se benefician con las transferencias de Canon y FONCOMUN (este último sólo en el caso de los municipios). Además, llamar la atención de la importancia presupuestal (43%) que representa la fuente Recursos Directamente Recaudados (RDR) en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

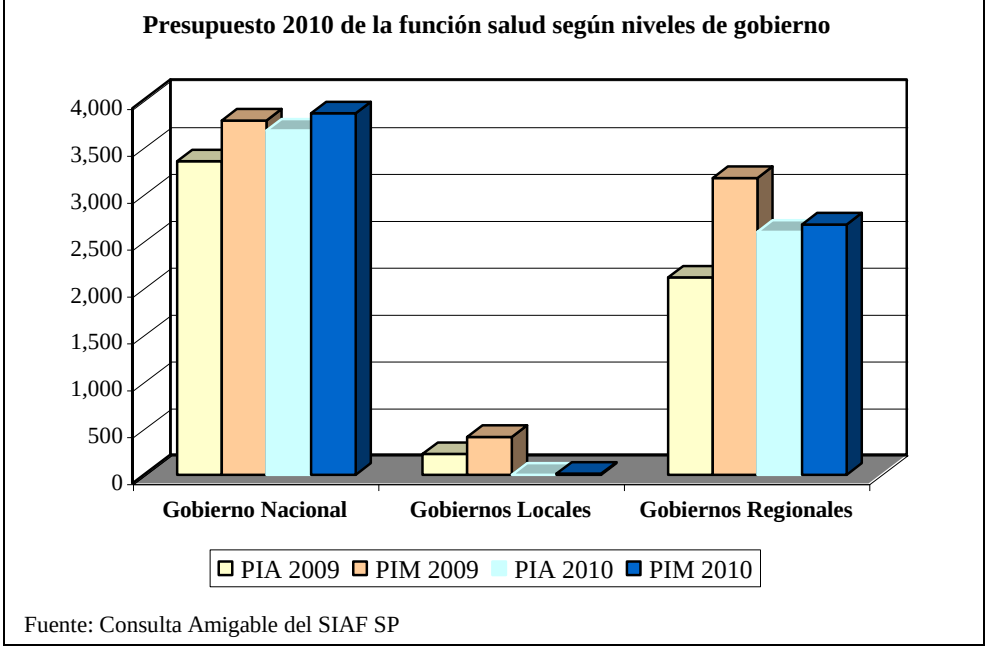
El año 2010, por la importancia presupuestal que tienen, merecen una mención especial los recursos asignados a la Reserva de Contingencia. Este año han sido destinados a este fondo S/. 4,710 millones, de los cuales S/.541 millones tendrían como destino explícito la función salud. Un mayor detalle es presentado en la sección IV del presente documento

Modificaciones Presupuestales y Presupuesto Institucional Modificado

El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), que corresponde a los montos que se aprueban con la Ley Anual de Presupuesto Público, se modifica sucesivamente a lo largo del año. Estas modificaciones se dan ya sea por incorporaciones al presupuesto (Créditos Suplementarios) o por anulaciones de partidas. Estos cambios en el presupuesto son recogidos en el Presupuesto Institucional Modificado (PIM), que se

puede entender de manera simplificada como un "presupuesto actualizado" a determinada fecha.

Gráfico 1



Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

El gráfico 1 muestra la importancia que tienen las modificaciones presupuestales a lo largo del año. El 2009 el presupuesto de los GR en Salud pasó de aproximadamente S/. 2,103 a S/. 3,163 millones, explicado principalmente por los recursos transferidos por el SIS a los Gobiernos Regionales como reembolso por las prestaciones realizadas[9].

II. Presupuesto del Sector Salud

El presupuesto del sector salud para el 2010 asciende a S/. 3,513 millones[10], de estos recursos S/. 3,187 millones (91%) son financiados con Recursos Ordinarios y S/. 325 millones (9%) con Recursos Directamente Recaudados.

El incremento de recursos se registra básicamente en la fuente Recursos Ordinarios y este asciende a S/. 365 millones, correspondiendo la mayor parte de este incremento a inversiones (S/. 182 millones) y bienes y servicios (S/. 134 millones) y en menor medida en donaciones y transferencias (S/. 36 millones) y personal y obligaciones sociales (S/. 11 millones).

El incremento de bienes y servicios esta ligado a los mayores recursos registrados como parte del Programa Articulado Nutricional destinado a financiar el nuevo esquema de vacunación, aprobado por el MINSA por resolución Ministerial 457-2009/SA, que incorpora las vacunas contra el rotavirus y neumococos. Esta compra de vacunas está a cargo de la nueva Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (DARES).

[9] El SIS realizar Transferncias Financieras a los GR, esto implica que el Presupuesto y el gasto respectivo es registrado por el SIS (entidad que transfiere) y también por los GR (entidad que recibe transferencias).

[10] Incluye S/. 311 millones de la función Protección Social y S/. 169 en la función Previsión social en los que están cargados los gastos del pago de pensiones de muchas de las unidades ejecutoras.

En el caso del incremento registrado en la Adquisición de Activos No Financieros este se explica por los recursos destinados a proyectos de inversión de infraestructura destinados a reparar o construir hospitales, centros de atención de mayor complejidad. A continuación algunos ejemplos:

- El presupuesto 2010 del proyecto "Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital Regional de Ica" es S/. 63 millones. El 2009 fue de S/. 23 millones.
- Al proyecto "Reconstrucción de la Infraestructura y mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud del Hospital Santa María del Socorro - Ica" se le presupuesto S/. 33.9 millones. El 2008 no se le asignó presupuesto.
- Al proyecto "Construcción e Implementación del Hospital II 1 de Cajabamba" tiene un presupuesto de S/. 20.3 millones.
- Al proyecto Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, Tecer Nivel de Atención, 8vo Nivel de Complejidad, Categoría III-2" se le asignó S/. 126.2 millones. El 2009 sólo se le asignó S/. 70.3 millones.

Cuadro 2

Presupuesto 2010 del Sector Salud (Gobierno Nacional)

(En millones de S/.)

CATEGORIA		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	983.3	80.0	1,063.4
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	174.8	4.3	179.2
	3. Bienes y servicios	1,078.6	225.7	1,304.3
	4. Donaciones y transferencias	434.3	5.5	439.8
	5. Otros Gastos	11.5	0.3	11.8
	Total gastos corrientes	**2,682.5**	**316.0**	**2,998.5**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**504.7**	**9.3**	**513.9**
Total general		**3,187.2**	**325.2**	**3,512.4**

Presupuesto 2009 del Sector Salud (Gobierno Nacional)

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	972.0	79.5	1,051.5
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	170.8	0.2	171.0
	3. Bienes y servicios	944.9	204.9	1,149.8
	4. Donaciones y transferencias	398.5	7.2	405.7
	5. Otros Gastos	13.1	0.0	13.1
	Total gastos corrientes	**2,499.3**	**291.7**	**2,791.0**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**323.1**	**47.8**	**370.9**
Total general		**2,822.4**	**339.4**	**3,161.9**

Diferencia en el presupuesto 2010 - 2009 del Sector Salud (Gobierno Nacional)

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	11.3	0.6	11.9
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	4.0	4.2	8.2
	3. Bienes y servicios	**133.7**	**20.9**	**154.5**
	4. Donaciones y transferencias	35.8	-1.7	34.1
	5. Otros Gastos	-1.6	0.3	-1.2
	Total gastos corrientes	**183.2**	**24.3**	**207.5**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**181.5**	**-38.5**	**143.0**
Total general		**364.7**	**-14.2**	**350.6**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

Si se analiza los incrementos en la fuente recursos ordinarios según pliegos se aprecia que:

- El Pliego 011: Ministerio de Salud ha incrementado sus recursos en S/. 290 millones. S/. 11.5 millones en personal y obligaciones sociales, S/. 109 millones en bienes y servicios y S/. 167 millones en adquisición de activos no financieros.

- El Pliego 133: Instituto Nacional de Salud (INS) ha incrementado sus recursos en S/. 3 millones, la totalidad corresponde a inversión.

- El Pliego 134: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) no ha registrado ningún cambio en sus recursos.

- El Pliego 135: Seguro Integral de Salud (SIS) ha incrementado sus recursos en S/. 35.1 millones, la totalidad corresponde a Donaciones y Transferencias.

- El Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ha incrementado sus recursos en S/. 38 millones, S/. 25 millones en bienes y servicios y S/. 13 millones en inversiones.

III. Presupuesto de los Gobiernos Regionales en la función salud[11]

El presupuesto de los GR para la función salud el 2010 asciende a S/. 2,588 millones. El 84% de este presupuesto es financiado por RO, el 10% por RDR y el restante 6% por Recursos Determinados. Los RDR se han mantenido sin modificaciones significativas, mientras que RO muestra un incremento de S/.445 milloness y recursos determinados un incremento de S/. 40 millones (ver cuadro 3). El incremento en la fuente recursos determinados (canon) se concentra en los gastos de inversión, mientras que el incrmento en los RO se distribuye en tres grupos de gasto (personal y obligaciones sociales, bienes y servicios e inversiones).

[11] Se ha encontrado que las Unidades Ejecutoras de Salud de los GR también registran gastos en la función previsión social. Estos montos no están siendo tomados en cuenta por la dificultad de encontrar la totalidad de estos montos.

Cuadro 3

Presupuesto 2010 Gobiernos Regionales en la Función Salud

(En millones de S/.)

CATEGORIA	GENERICA	RO	RDR	RD	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	1,327.3	37.0	0.0	1,364.2
	2. Pensiones y otras prestaciones socia	0.6	-	-	0.6
	3. Bienes y servicios	535.7	194.7	2.1	732.5
	4. Donaciones y transferencias	-	-	-	-
	5. Otros Gastos	53.8	7.5	-	61.3
	Total gastos corrientes	**1,917.3**	**239.2**	**-**	**2,156.5**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	270.1	13.5	147.8	431.4
Total		**2,187.5**	**252.7**	**147.8**	**2,587.9**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

Presupuesto 2009 Gobiernos Regionales en la Función Salud

(En millones de S/.)

CATEGORIA	GENERICA	RO	RDR	RD	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	1,188.9	33.2	0.0	1,222.1
	2. Pensiones y otras prestaciones socia	0.6	-	-	0.6
	3. Bienes y servicios	358.9	194.4	3.0	556.2
	4. Donaciones y transferencias	-	-	-	-
	5. Otros Gastos	53.8	7.4	-	61.2
	Total gastos corrientes	**1,602.2**	**235.0**	**3.0**	**1,840.1**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	140.5	17.9	105.0	263.3
Total		**1,742.7**	**252.8**	**107.9**	**2,103.4**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

Diferencia en el Presupuesto 2010 - 2009 Gobiernos Regionales en la Función Salud

(En millones de S/.)

CATEGORIA	GENERICA	RO	RDR	RD	Total
5. GASTOS CORRIENTES	**1. Personal y obligaciones sociales**	**138.4**	3.8	0.0	142.1
	2. Pensiones y otras prestaciones socia	0.0	-	-	0.0
	3. Bienes y servicios	**176.8**	0.3	-0.9	176.2
	4. Donaciones y transferencias	-	-	-	-
	5. Otros Gastos	-0.0	0.2	-	0.2
	Total gastos corrientes	**315.2**	**4.2**	**-3.0**	**316.4**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**129.7**	-4.4	**42.8**	168.1
Total		**444.8**	**-0.2**	**39.9**	**484.5**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

En el caso de los gastos de Personal y Obligaciones sociales, casi el 70% del incremento se explica por el aumento para al pago de AETAS y productividades al personal de salud. El Decreto de Urgencia Nº 013-2009, emitido el 29 de enero del año pasado, dispuso que los Gobiernos Regionales efectúen el pago de hasta 6 AETAS y 6 asignaciones de productividad al personal del sector Salud. Asimismo, fue establecido que el financiamiento de las mismas se estructure de la siguiente manera: i) 2 AETAS y 4 Productividades a cargo del MEF, i) 2 AETAS a cargo del MINSA y ii) 2 AETAS y 2 productividades a cargos de cada Gobierno Regional, estas últimas que no estuvieron

financiadas. En el presupuesto 2006 las 6 AETAS y 6 asignaciones de productividad se han presupuestado en los GR. El 30% restante se explica por recursos adicionales destinados a cubrir guardias hospitalarias, sentencias y déficit de planillas de las UE de Salud.

En el caso de los gastos en Bienes y Servicios de los S/. 177 millones, S/. 70 millones son explicados por el CRED (vacunas) y S/. 22.3 millones para la atención de Atención Integral de Salud de las Poblaciones Excluidas y Dispersas a Nivel Nacional (AISPED). La diferencia se explica por transferencia de competencias y adicionales que se consideraron en el rubro bienes y servicios.

En el caso del incremento registrado en la Adquisición de Activos No Financieros, al igual que lo registrado en el MINSA, este se explica por los recursos destinados a financiar proyectos de inversión destinados a reparar o construir hospitales, centros de atención de mayor complejidad. A continuación algunos ejemplos:

En el caso de la fuente recursos ordinarios:

En el caso de Apurimac S/. 61 millones destinados al proyecto "Fortalecimiento de la Atención de los Servicios de Salud en el Segundo Nivel de Atención, Categoría II-2, 6° Nivel de Complejidad Nuevo Hospital de Andahuaylas – Apurimac". En el caso de Tumbes S/. 44 millones destinados a la "Construcción y Equipamiento del Nuevo Hospital Nivel II-2 José Alfredo Mendoza Olavarria-Tumbes", En el caso de Madre de Dios S/. 24.6 millones destinados al proyectos "Mejoramiento de los Servicios de Salud del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado"

En el caso de la fuente canon, sobre canon y regalías:

El GR Cusco ha destinado S/. 79.3 millones al proyecto "Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena Nivel III-1-Cusco". El GR San Martín ha presupuestado S/. 10 millones para el proyecto "Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva del Hospital de Moyobamba, segundo nivel de atención, Provincia de Moyobamba San Martín". En el caso del GR de Cajamarca S/. 5 millones han sido destinados al "Redimensionamiento del Hospital de Cajamarca"12.

El cuadro 4, muestra una comparación del presupuesto 2010 – 2009, de cada uno de los gobiernos regionales, en gastos de inversión tanto para la fuente RO como para RD (canon). En la fuente RO los GR Apurimac, Tumbes y Madre de Dios son los que han registrado un mayor incremento en la inversión han registrado. En la fuente RD (canon) es el GR de Cuzco el que registra el mayor incremento.

[12] Sin embargo, cabe hacer notar que en el Presupuesto Institucional Modificado 2010 este proyecto tiene ya S/. 54. 5 millones.

Cuadro 4

Comparación 2010 2009 del presupuesto de recursos ordinarios destinados a inversión en los Gobiernos
(En miles de S/.)

Gobierno Regional	2010	2009	Diferencia
442: APURIMAC	70,191	7,455	62,736
461: TUMBES	45,049	148	44,901
454: MADRE DE DIOS	24,974	3,734	21,240
450: JUNIN	22,693	9,139	13,554
448: HUANUCO	13,839	4,100	9,740
452: LAMBAYEQUE	55,727	50,375	5,352
451: LA LIBERTAD	8,683	3,780	4,903
440: AMAZONAS	6,226	1,553	4,673
453: LORETO	3,699	451	3,247
449: ICA	975	434	540
441: ANCASH	850	377	474
459: SAN MARTIN	422	66	356
460: TACNA	422	180	242
458: PUNO	0	597	-597
457: PIURA	2,900	3,810	-910
446: CUSCO	633	1,633	-1,000
456: PASCO	300	1,504	-1,204
455: MOQUEGUA	222	1,714	-1,492
463: LIMA	620	3,240	-2,620
462: UCAYALI	1,622	4,419	-2,797
447: HUANCAVELICA	300	3,691	-3,391
443: AREQUIPA	4,392	8,213	-3,821
444: AYACUCHO	700	5,948	-5,248
464: CALLAO	1,934	11,150	-9,216
445: CAJAMARCA	2,767	12,776	-10,009
Total	**270,139**	**140,486**	**129,653**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

Comparación 2010 2009 del presupuesto de canon destinados a inversión en los Gobiernos Regionales
(En miles de S/.)

Gobierno Regional	2010	2009	Diferencia
446: CUSCO	87,224	11,490	75,734
459: SAN MARTIN	10,000	0	10,000
445: CAJAMARCA	8,166	1,300	6,866
454: MADRE DE DIOS	6,104	0	6,104
451: LA LIBERTAD	13,685	7,850	5,835
461: TUMBES	5,997	2,677	3,320
457: PIURA	3,294	2,100	1,194
444: AYACUCHO	2,472	2,000	472
440: AMAZONAS	150	0	150
442: APURIMAC	0	0	0
447: HUANCAVELICA	0	0	0
452: LAMBAYEQUE	0	0	0
449: ICA	1,559	1,600	-41
448: HUANUCO	117	222	-105
450: JUNIN	0	910	-910
462: UCAYALI	1,000	2,113	-1,113
453: LORETO	315	1,573	-1,258
463: LIMA	0	2,824	-2,824
460: TACNA	0	5,181	-5,181
443: AREQUIPA	0	5,800	-5,800
458: PUNO	0	6,177	-6,177
464: CALLAO	971	7,355	-6,384
455: MOQUEGUA	5,442	14,693	-9,251
441: ANCASH	1,308	14,821	-13,513
456: PASCO	0	14,285	-14,285
Total	**147,803**	**104,972**	**42,832**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

IV. La Reserva de Contingencia

El Presupuesto Público 2010 considera un incremento considerable de la Reserva de Contingencia que este año es S/. 4,710 millones, cifra superior en 110% a la del 2009. El cuadro 5, muestra el detalle del total de los recursos considerados en este fondo. Muestra además los conceptos específicos de este fondo destinados potencialmente a financiar la función salud. Del total de los fondos de la reserva el 11%, S/. 541 millones, son para financiar gastos de salud.

Cuadro 5					
Detalle de la Reserva de Contingencia y de los fondos destinados a salud en este rubro en el Presupuesto Público 2010					
	Concepto	**Monto (Mill. S/.)**	**Conceptos destinados a Salud**	**Monto (Mill. S/.)**	**% gastos salud**
A.	1 % de los Recursos Ordinarios	**532**			
B.	Salud Aseguramiento Universal	**128**	SIS (Implantación Piloto)	75	
			MINSA (Contratación módicas)	50	
			Superintendencia de Aseguramiento	3	
			Sub total	**128**	**100%**
C.	Contrapartida de Proyectos, Pliegos Nuevos, emergencias y otros	**459**	Deuda SIS	**52**	**11%**
D.	Programa de Mantenimiento de Infraestructura Básica y de Riego	**608**	Mantenimiento Establecimientos de Salud	**165**	**27%**
E.	Política Salarial	**943**	Incremento de 2 AETAS	25	
			Nombramiento de Profesionales	41	
			Nombramiento de Asistenciales	71	
			Sub Total	**137**	**15%**
F.	Competitividad	**141**	Microempresas	**58**	**41%**
G.	Sentencias Judiciales DU No 037-94	**100**	Sin determinar		
H.	FONIPREL	**500**	Sin determinar		
I.	Programa de Modernización Municipal	**600**	Sin determinar		
J.	Plan de Incentivo Municipal - Ley 29332	**700**	Sin determinar		
	Total	**4,711**		**541**	**11%**

Fuente: Ley 29465 Ley de Presupuesto Público 2010 y Exposición de Motivos del Proyecto de Ley. Elaboración: Políticas en Salud

Cabe mencionar que hay para un conjunto de conceptos de la Reserva de Contingencia que no es posible determinar a priori qué porcentaje va a financiar la función salud, aunque con seguridad parte de estos fondos se destinaran a gastos de salud. Este es el caso de: el financiamiento de proyectos de inversión en los GR y GL a cargo del FONIPREL, Programa de Modernización Municipal, Plan de Incentivos para la Mejora de la Gestión Municipal o el pago de sentencias judiciales.

A continuación se detalla algunos de los conceptos específicos vínculados a la función salud que serán financiados con los fondos de la Reserva de Contingencia:

- **S/. 128 millones** destinados a financiar los pilotos de aseguramiento universal, sobre los que inicialmente se han plantedo desagregarlo en: S/. 50 millones para financiar recursos humanos , S/. 75 millones para financiar prestaciones vía transferencias por reembolso del SIS y S/. 3 millones para la SUNASA.

- **S/. 52 millones** para cubrir parte de la deuda del SIS a los GR, que a la fecha asciende a S/. XX millones.

- **S/. 165 millones** destinados al mantenimiento, reposición de equipamiento y adquisición de equipamiento menor para los puestos y centros de salud, y los hospitales con categoría II-1. Estos fondos son transferidos por el Ministerio de Salud de manera directa a los Jefes o responsables de los establecimientos de Salud y las Microrredes de Salud.

- **S/. 25 millones** destinados a financiar dos (2) Asignaciones Extraordinarias por Trabajo Asistencial (AETA) o productividad adicionales a favor del personal médico cirujano, que incluye a los médicos residentes, profesionales de la salud no médicos, técnico asistencial y auxiliar asistencial, de los gobiernos regionales, cuyo otorgamiento está comprendido dentro de los montos y las disposiciones que establecen los Decretos de Urgencia Nº 032 y Nº 046-2002 y la Ley Nº 28700, según corresponda.

- **S/. 58 millones** destinados a financiar el inicio del regimen semicrontributivo del aseguramiento.

V. Ejecución de los recursos de inversión del Ministerio de Salud

El año 2009, las unidades ejecutoras del MINSA, en promedio, han ejecutado el 79% de los recursos del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de inversiones, que asciende a S/. 405 millones. Seis son las unidades ejecutoras explican el 76 % de los recursos presupuestados para inversión dentro del pliego MINSA y la información de la ejecución de cada una de estas se muestra en el cuadro 6.

La unidad ejecutora de la sede central del MINSA es la que mayor presupuesto ha tenido, S/. 227 millones, y tuvo una ejecución de 83%. El Hospital Nacional Dos de Mayo, es el que menor avance en ejecución de inversiones registra (31%).

Cuadro 6

Ejecución 2009 de los recursos de inversión de las Unidades Ejecutoras del MINSA

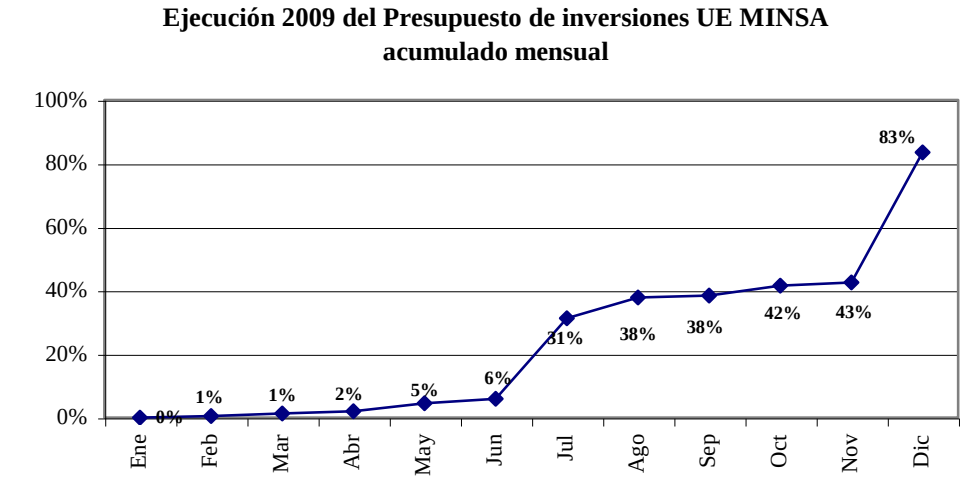
(En millones de S/.)

Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Compromiso	%
001-117: ADMINISTRACION CENTRAL - MINSA	142.5	227.0	189.5	83%
028-144: HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	28.6	23.3	7.2	31%
010-126: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	16.1	17.4	16.9	97%
022-138: DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR	11.6	16.0	8.0	50%
123-1315: PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD - PARSALUD	0.0	15.1	12.5	83%
027-143: HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	8.0	12.1	9.5	79%
OTROS	106.8	94.3	78.4	83%
Total	**313.6**	**405.1**	**322.0**	**79%**

Fuente: Consulta Amigable del SIAF SP

La pregunta es si el ritmo importante de ejecución que se observa en la unidad ejecutora sede central del MINSA ha tenido una tendencia homogénea a lo largo del año, ya que esto podría dar una primera idea de la calidad de inversión. Como se muestra, en el gráfico 2, la ejecución de esta unidad ejecutora ha sido muy irregular a lo largo del año. Recién hacia el mes de julio se aprecia un avance significativo en la ejecución de gastos de inversión. El mes de diciembre se ejecutó el 50% de estos recursos por un monto de S/. 93 millones. Esto podría implicar un inadecuado proceso de programación de inversiones con el riesgo asociado a una mala calidad de las mismas.

Gráfico 2



Fuente: Consulta Amigable SIAF SP

VI. Ejecución de los recursos de inversión en la función Salud de los GR

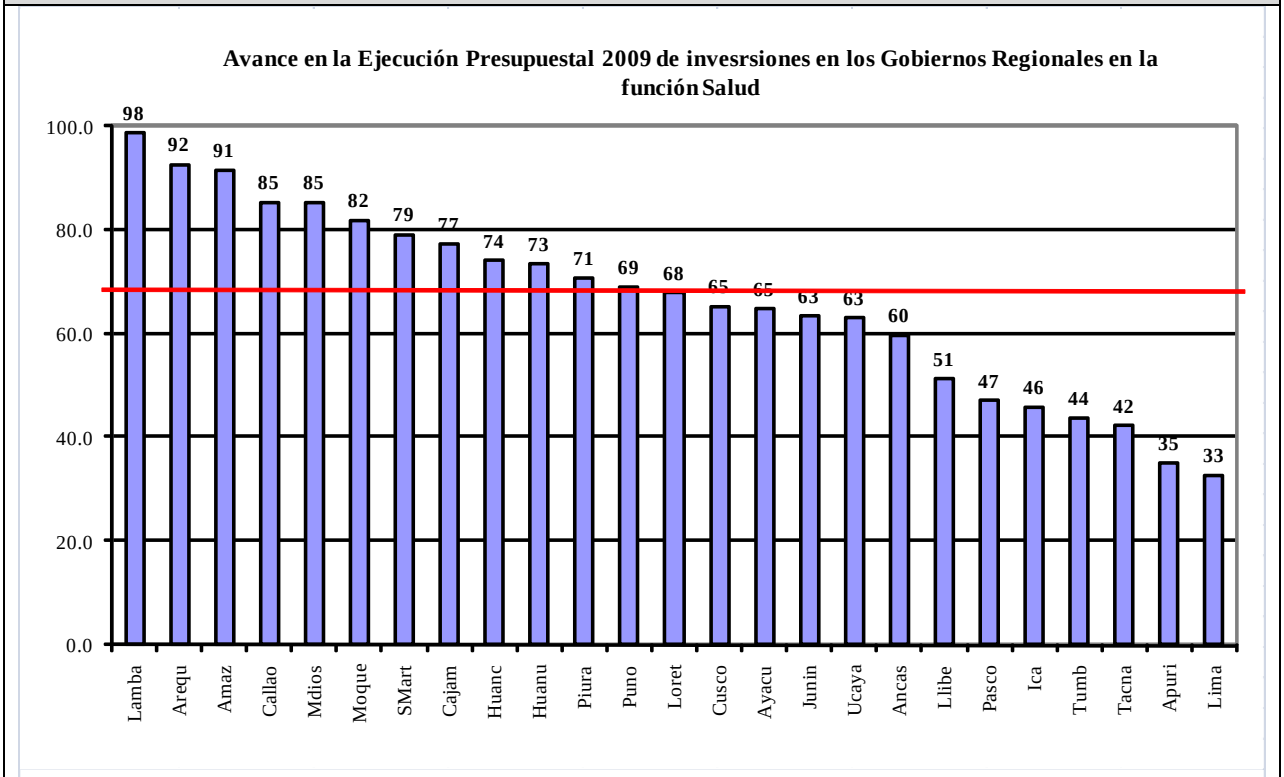
El desempeño de la gestión presupuestal de los Gobiernos Regionales ha sido evaluado principalmente a través del indicador:

> "***Avance la ejecución presupuestal***, que mide la capacidad de ejecución que tiene una institución, en este caso los GR, respecto de los recursos que le han sido asignados en el marco presupuestal anual. Operativamente este indicador se calcula como la división entre el monto ejecutado[13] a diciembre del 2009 y el Presupuesto Institucional Modificado 2009.

En base a este indicador, para el año 2009, se podría afirmar que, en la función salud, los GR de, Lambayeque, Arequipa, Callao y Madre de Dios son los cinco GR que han tenido el mejor desempeño presupuestal el 2009. Por el contrario, los GR de Lima, Apurimac, Tacna, Tumbes y Lima Provincias son los que peor desempeño han mostrado.

[13] Para el cálculo realizado se ha tomado la etapa de compromiso como ejecución. En estricto la ejecución corresponde a la etapa del devengado del gasto pero a fin de año estos valores tienden a ser los mismos.

Gráfico 3



Fuente: Consulta amigable SIAF SP. Elaboración propia

En el presente análisis propone evaluar el desempeño 2009 de la gestión presupuestal de los GR en base a dos indicadores que son analizados de manera conjunta.

Diferencia porcentual en el avance de la ejecución presupuestal. Compara el porcentaje de ejecución presupuestal alcanzado por una institución en dos años distintos. Operativamente este indicador se calcula como la diferencia porcentual entre la ejecución presupuestal alcanzada en cada periodo.

Incremento en el nivel de recursos de inversión. Mide el incremento en la cantidad de recursos de inversión que administra una institución. Es positivo que una institución este manejando cada vez un mayor nivel de inversión. De manera operativa, este indicador se calcula como el ratio entre el monto de inversiones ejecutado el año 2009 y el mismo monto pero del año 2008.

Esto se realiza para dar mayor riqueza al análisis, pues al incorporar información del desempeño 2008 se obtienen un benchmark con el que comparar los niveles de ejecución alcanzados el presente año. En base a los datos de los indicadores calculados los GR pueden ser clasificados en 4 grupos según los resultados de su desempeño, tal como se muestra en el recuadro.

	Incremento nivel de inversión respecto del 2008	Disminuyo nivel de inversión respecto del 2008
Mayor avance en la ejecución presupuestal respecto del 2008	**Grupo I**	**Grupo II**
Menor avance en la ejecución presupuestal respecto del 2008	**Grupo III**	**Grupo IV**

- **Grupo I** constituido por los GR que tienen los mejores resultados ya que han incrementado su nivel de inversiones y a la vez han tenido una mayor capacidad de ejecutar recursos de inversión respecto del 2008.

- **Grupo II** constituido por los GR que han disminuido su nivel de inversiones pero que han tenido una mayor capacidad de ejecutar recursos de inversión respecto del 2008.

- **Grupo III** constituido por los GR que han incrementado su nivel de inversiones pero que han tenido una menor capacidad de ejecutar recursos de inversión respecto del 2008.

- **Grupo IV** constituido por los GR que son los que tienen peores resultados pues han disminuido su nivel de inversiones y a la vez han tenido una menor capacidad de ejecutar recursos de inversión respecto del 2008.

El cuadro 7 muestra que los GR Moquegua, Cajamarca, Ancash, Pasco, Loreto, Ucayali, Junin, Callao, Arequipa, San Martín, Lima, Tacna, Lambayeque y Ayacucho son los GR que mejor desempeño han mostrado pues han incrementado su nivel de inversiones y a la vez han tenido una mayor capacidad de ejecutar recursos de inversión respecto del 2008. En cambio, los GR de Huancavelica, Cusco, Tumbes y Apurimac son los GR que peores resultados han mostrado pues a la vez que han disminuido su nivel de inversiones, han tenido una menor capacidad de ejecutar recursos de inversión respecto del 2008.

Cuadro 7							
GOBIERNOS REGIONALES. COMPARACIÓN 2009 - 2008 EN LA EJECUCIÓN Y NIVEL DE GASTOS DI INVERSIÓN EN LA FUNCIÓN SALUD POR TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO							
GR	Avance % 2008	Avance % 2009	Diferencia % de Avance en ejecución	Ejecución 2008 (Miles S/.)	Ejecución 2009 (Miles S/.)	Diferencia % Ejecución 2009-2008	Gr
455: MOQUEGUA	15%	82%	66%	3,869	29,807	670%	
445: CAJAMARCA	17%	77%	60%	5,700	46,995	725%	
441: ANCASH	9%	60%	50%	4,018	27,032	573%	
456: PASCO	1%	47%	46%	88	12,110	13663%	
453: LORETO	26%	68%	41%	5,788	10,295	78%	
462: UCAYALI	30%	63%	33%	2,533	11,102	338%	
450: JUNIN	40%	63%	23%	4,061	4,088	1%	
464: CALLAO	66%	85%	20%	8,878	35,682	302%	
443: AREQUIPA	77%	92%	16%	19,049	20,857	9%	
459: SAN MARTIN	69%	79%	10%	1,347	8,457	528%	
463: LIMA	28%	33%	5%	2,333	6,480	178%	
460: TACNA	38%	42%	4%	5,504	11,739	113%	
452: LAMBAYEQUE	94%	98%	4%	32,097	52,215	63%	
444: AYACUCHO	64%	65%	1%	6,130	11,027	80%	
454: MADRE DE DIOS	39%	85%	46%	7,403	2,895	-61%	
440: AMAZONAS	61%	91%	31%	13,206	12,613	-4%	
458: PUNO	62%	69%	7%	7,307	7,298	0%	
457: PIURA	70%	71%	1%	8,920	7,562	-15%	
448: HUANUCO	92%	73%	-19%	6,612	4,727	-29%	
449: ICA	74%	46%	-28%	1,528	3,115	104%	
451: LA LIBERTAD	98%	51%	-47%	24,908	8,760	-65%	
447: HUANCAVELICA	79%	74%	-5%	22,404	17,442	-22%	
446: CUSCO	76%	65%	-11%	45,875	38,558	-16%	
461: TUMBES	75%	44%	-31%	2,962	1,224	-59%	
442: APURIMAC	83%	35%	-48%	24,412	6,982	-71%	
Total	**55%**	**69%**	**15%**	**265,584**	**399,061**	**50%**	
Fuente: Consulta amigable SIAF SP. Elaboración propia							

Es necesario realizar un análisis similar pero diferenciando fuentes de financiamiento pues, análisis previos muestran que el ritmo de ejecución varía según la fuente analizada. Los recursos ordinarios tienden a tener siempre una mayor ejecución dado que si estos recursos no son gastados al finalizar el año revierten a tesoro público. No ocurre esto con las otras fuentes de financiamiento (recursos determinados, RDR y donaciones) que generan, de manera automática, saldos de balance. La información necesaria para realizar este análisis diferenciado por la fuente recursos ordinarios y recursos determinados[14] se detalla en los anexos 7 y 8.

[14] Una aclaración importante. En el caso de los GR y GL la fuente recursos determinados incluye no sólo los recursos de Canon y Sobrecanon, Regalías sino también los fondos que estos reciben por FONIPREL, las transferencias de Fidecomisos regiones entre otras participaciones. En el caso de Lambayeque los S/. 1.4 millones, que se muestran en el anexo 7, corresponden a Participaciones que el Gobierno Regional ha tenido en el FONIPREL. En el caso de Amazonas S/. 3 millones se explican por participaciones de la Dirección Nacional de Tesoro Público. En el caso de Callao S/. 21 millones vienen de los Fidecomisos Regionales. En el Caso de Ucayali S/. 5.7 millones. San Martín, S/. 6.8 millones, en el caso de Cajamarca S/. 28 millones, en el caso de Ayacucho S/. 2 millones.

VII. Programas Estratégicos de Presupuesto por Resultados

Los recursos del Programa Articulado Nutricional en el presupuesto 2010 asciende a S/. 1,594 millones, que significa un incremento en 51% respecto del año 2009 (S/. 541 millones). El 47% de este incremento está relacionado al producto "niños protegidos con vacuna completa" al que se asignado S/. 254 millones adicionales (150% de incremento). Esto se explica porque el MINSA con resolución Ministerial 457-2009/SA aprobó un nuevo esquema de vacunación, incorporando las vacunas contra el rotavirus y neumococo, con la finalidad de reducir la morbilidad por EDAs e IRAs, lo cual es consistente con la intervención del programa.

El segundo producto que ha incrementado significativamente su presupuesto es "Hogares Pobres afiliados al Programa Juntos", al que se ha asignado S/. 150 millones adicionales; estando dicho programa bajo la dirección de la Presidencia del Consejo de Ministros.

El tercer producto en importancia de incremento de recursos es "niños con control de crecimiento y desarrollo según edad", cuyo presupuesto ha crecido 331% y que está destinado a financiar las atenciones de los niños principalmente en los departamentos pobres de la sierra y la selva del país[15].

El Programa Salud Materno Neonatal cuenta con un presupuesto de S/. 447 millones, superior en S/. 87.5 millones al presupuesto del año anterior. El 37% de presupuesto de este programa esta adscrito al MINSA, un 26% al SIS y el restante 30% se le asigna a los GR. Los productos principales asociados a este programa son la atención del parto normal, atención del parto complicado quirúrgico y no quirúrgico, atención del recién nacido normal, atención del recién nacido con complicaciones, que representan el 50% del presupuesto. Presupuestalmente no se ha registrado un cambio significativo en el presupuesto de estos productos.

[15] Cabe señalar que este año el MINSA ha definido un nuevo esquema de atenciones a los niños menores de 36 meses pasando de 14 a 23 atenciones por niño, además de mejorar cualitativamente estas atenciones al incluir consejería a las madres en prácticas saludables.

Cuadro 8

Presupuesto 2010 del Programa Articulado Nutricional

			MINSA	SIS	INS	MINDES	PCM Juntos	Gobierno Regional
33254	Ninos con vacunas competa	Niño Protegido	407.2					12
33313	Atención Infecciones Respiratorias Agudas con cmplicaciones	Caso Tratado	3.1	5.2				9
33255	Niños con control de crecimiento y desrrollo (CRED completo)	Niño controlado	3.3	6.7				76
33311	Atención Infecciones Respiratorias Agudas	Caso Tratado	5.8	48				
33312	Atención enfermedades diarrecica aguda (Caso Tratado)	Caso Tratado	3.8	7.7				11
33312	Atención enfermedades diarrecica aguda con complicaciones	Caso Tratado	2.7	1.1				8
33259	Niños menores de 3 años atendidos con productos de complementación alimentaria	Beneficiario				193.1		0
33253	Hogares Pobres Afiliados al Programa Juntos	Hogar					582.4	
	Otros productos		22.5	22.9	9.2	73.6		55
	Total		**448.4**	**91.6**	**9.2**	**266.7**	**582.4**	**195**

Presupuesto 2009 del Programa Articulado Nutricional 2009

			MINSA	SIS	INS	MINDES	PCM Juntos	Gobierno Regional
33254	Ninos con vacunas competa	Niño Protegido	153.8					12
33313	complicaciones	Caso Tratado	2.7	5.2				8
33255	Niños con control de crecimiento y desrrollo (CRED completo)	Niño controlado	4.3	5.2				11
33311	Atención Infecciones Respiratorias Agudas	Caso Tratado	5.1	44.6				19
33312	Atención enfermedades diarrecica aguda (Caso Tratado)	Caso Tratado	4.8	7.6				10
33314	Atención enfermedades diarrecica aguda con complicaciones	Caso Tratado	2.8	0.8				6
33259	Niños menores de 3 años atendidos con productos de complementación alimentaria	Beneficiario				162.0		0
33253	Hogares Pobres Afiliados al Programa Juntos	Hogar					433.0	0
	Otros productos		18.0	21.0	9.0	51.5		54
	Total		**191.5**	**84.4**	**9.0**	**213.5**	**433.0**	**121**

Comparación Presupuesto 2010 2009 del Programa Articulado Nutricional

			MINSA	SIS	INS	MINDES	PCM Juntos	Gobierno Regional
33254	Ninos con vacunas competa	Niño Protegido	253.4					0
33313	Atención Infecciones Respiratorias Agudas con	Caso Tratado	0.42	0.0				1
33255	Niños con control de crecimiento y desrrollo (CRED completo)	Niño controlado	-1	1.5				65
33311	Atención Infecciones Respiratorias Agudas	Caso Tratado	0.7	3.4				0
33312	Atención enfermedades diarrecica aguda (Caso Tratado)	Caso Tratado	-1	0.1				
33314	Atención enfermedades diarrecica aguda con complicaciones	Caso Tratado	-0.1	0.3				2
33259	Niños menores de 3 años atendidos con productos de complementación alimentaria	Beneficiario				31.1		0
33253	Hogares Pobres Afiliados al Programa Juntos	Hogar					149.39	-0
	Otros productos		4.5	1.9	0.2	22.1		1
	Total		**256.92**	**7.2**	**0.2**	**53.2**	**149.39**	**74**

Fuente: Exposición de Motivos Proyecto de Ley 2010 2009

Cuadro 9

Presupuesto 2010 del Programa Salud Materno Neonatal

			MINSA	SIS	Gobierno Regional
33294	Atención de la gestante con complicaciones	Gestante atendida	7.6	14.1	11.6
33297	Atención del Parto Complicado Quirurgico	Cesárea	11.0	19.7	10.8
33305	Atención del recién nacido normal	Recién nacido atendido	5.5	7.6	13.9
33295	Atención del Parto Normal	Parto normal	16.2	26.9	30.1
33172	Atención Prenatal Reenfocada	Gestante controlada	5.2	25.2	13.5
33296	Atención del Parto complicado no quirurgico	Parto complicado	6.6	4	9.7
33306	Atención del recién nacido con complicaciones (egreso)	Egreso	6.3	7.7	11.2
	Otros productos		109.0	11.7	61.8
	Total		**167.4**	**116.9**	**162.6**

Presupuesto 2009 del Programa Salud Materno Neonatal

			MINSA	SIS	Gobierno Regional
33294	Atención de la gestante con complicaciones	Gestante atendida	9.4	11.3	9.2
33297	Atención del Parto Complicado Quirurgico	Cesárea	8.9	13.1	10.0
33305	Atención del recién nacido normal	Recién nacido atendido	7.2	5.7	11.9
33295	Atención del Parto Normal	Parto normal	12.5	21.3	28.4
33172	Atención Prenatal Reenfocada	Gestante controlada	25.0	17.3	10.5
33296	Atención del Parto complicado no quirurgico	Parto complicado	6.0	3.0	10.0
33306	Atención del recién nacido con complicaciones (egreso)	Egreso	15.2	5.7	10.0
	Otros productos		46.9	6.2	54.7
	Total		**131.1**	**83.6**	**144.7**

Presupuesto 2010 2009 del Programa Salud Materno Neonatal

			MINSA	SIS	Gobierno Regional
33294	Atención de la gestante con complicaciones	Gestante atendida	-1.8	2.8	2.4
33297	Atención del Parto Complicado Quirurgico	Cesárea	2.1	6.6	0.8
33305	Atención del recién nacido normal	Recién nacido atendido	-1.7	1.9	2.0
33295	Atención del Parto Normal	Parto normal	3.7	5.6	1.7
33172	Atención Prenatal Reenfocada	Gestante controlada	-19.8	7.9	3.0
33296	Atención del Parto complicado no quirurgico	Parto complicado	0.6	1.0	-0.3
33306	Atención del recién nacido con complicaciones (egreso)	Egreso	-8.9	2.0	1.2
	Otros productos		62.1	5.5	7.1
	Total		**36.3**	**33.3**	**17.9**

Fuente: Exposición de Motivos Proyecto de Ley 2010 2009

ANEXOS

Anexo 1

Presupuesto 2010 del Ministerio de Salud (MINSA)

(En millones de S/.)

CATEGORIA		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	920.8	68.0	988.8
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	164.1	4.3	168.5
	3. Bienes y servicios	974.7	173.0	1,147.8
	5. Otros Gastos	11.3	0.3	11.7
	Total gastos corrientes	**2,071.0**	**245.7**	**2,316.7**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**480.5**	**1.9**	**482.4**
Total general		**2,551.5**	**247.6**	**2,799.1**

Presupuesto 2009 del Ministerio de Salud (MINSA)

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	909.4	67.2	976.5
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	160.3	0.2	160.4
	3. Bienes y servicios	866.2	150.4	1,016.6
	5. Otros Gastos	12.9	0.0	12.9
	Total gastos corrientes	**1,948.7**	**217.7**	**2,166.4**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**313.6**	**38.6**	**352.1**
Total general		**2,262.3**	**256.3**	**2,518.6**

Diferencia en el presupuesto 2010 - 2009 del Ministerio de Salud (MINSA)

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	11.5	0.8	12.3
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	3.9	4.2	8.1
	3. Bienes y servicios	**108.6**	**22.6**	**131.2**
	5. Otros Gastos	-1.6	0.3	-1.3
	Total gastos corrientes	**122.3**	**28.0**	**150.3**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**166.9**	**-36.7**	**130.3**
Total general		**289.3**	**-8.7**	**280.5**

Anexo 2

Presupuesto 2010 del Instituto Nacional de Salud

(En millones de S/.)

CATEGORIA		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	18.8	0.0	18.8
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	6.1	0.0	6.1
	3. Bienes y servicios	52.7	2.0	54.7
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.1	0.0	0.1
	Total gastos corrientes	**77.6**	**2.0**	**79.6**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**9.9**	**4.7**	**14.6**
Total general		**87.5**	**6.7**	**94.2**

Presupuesto 2009 del Instituto Nacional de Salud

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	18.8	0.0	18.8
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	6.0	0.0	6.0
	3. Bienes y servicios	52.7	2.0	54.7
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.1	0.0	0.1
	Total gastos corrientes	**77.5**	**2.0**	**79.5**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**6.9**	**4.7**	**11.6**
Total general		**84.5**	**6.7**	**91.2**

Diferencia en el presupuesto 2010 - 2009 del Instituto Nacional de Salud

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.1	0.0	0.1
	3. Bienes y servicios	0.0	0.0	0.0
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**0.1**	**0.0**	**0.1**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**3.0**	**0.0**	**3.0**
Total general		**3.0**	**0.0**	**3.0**

Anexo 3

Presupuesto 2010 de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

(En millones de S/.)

CATEGORIA		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	6.1	0.0	6.1
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	3.6	0.1	3.6
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**9.6**	**0.1**	**9.7**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**0.0**	**0.0**	**0.0**
Total general		**9.6**	**0.1**	**9.7**

Presupuesto 2009 de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	6.2	0.0	6.2
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	3.4	0.0	3.5
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**9.6**	**0.0**	**9.7**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**0.2**	**0.0**	**0.2**
Total general		**9.9**	**0.0**	**9.9**

Diferencia en el presupuesto 2010 - 2009 de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	-0.1	0.0	-0.1
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	0.1	0.0	0.1
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**0.0**	**0.0**	**0.0**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	-0.2	0.0	-0.2
Total general		**-0.2**	**0.0**	**-0.2**

Anexo 4

Presupuesto 2010 del Seguro Integral de Salud

(En millones de S/.)

CATEGORIA		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	15.9	0.0	15.9
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	5.5	1.9	7.4
	4. Donaciones y transferencias	434.3	5.5	439.8
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**455.7**	**7.5**	**463.2**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**0.0**	**1.0**	**1.0**
Total general		**455.7**	**8.5**	**464.2**

Presupuesto 2009 del Seguro Integral de Salud

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	15.9	0.1	16.0
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	5.5	1.4	6.9
	4. Donaciones y transferencias	398.5	7.2	405.7
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**419.9**	**8.7**	**428.6**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**0.7**	**0.5**	**1.2**
Total general		**420.6**	**9.2**	**429.8**

Diferencia en el presupuesto 2010 - 2009 del Seguro Integral de Salud

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	0.0	0.5	0.5
	4. Donaciones y transferencias	**35.8**	**-1.7**	**34.1**
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**35.8**	**-1.2**	**34.6**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	-0.7	0.5	-0.2
Total general		**35.1**	**-0.7**	**34.4**

Anexo 5

Presupuesto 2010 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

(En millones de S/.)

CATEGORIA		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	21.8	12.0	33.8
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	4.6	0.0	4.6
	3. Bienes y servicios	42.2	48.7	90.9
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**68.6**	**60.7**	**129.3**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**14.2**	**1.7**	**15.9**
Total general		**82.8**	**62.4**	**145.2**

Presupuesto 2009 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	21.8	12.2	34.0
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	4.6	0.0	4.6
	3. Bienes y servicios	17.2	51.0	68.2
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**43.6**	**63.2**	**106.8**
6. GASTOS DE CAPITAL	6. Adquisición de Activos No Financieros	**1.7**	**4.0**	**5.7**
Total general		**45.2**	**67.2**	**112.4**

Diferencia en el presupuesto 2010 - 2009 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

(En millones de S/.)

CATEG_GASTO		RO	RDR	Total
5. GASTOS CORRIENTES	1. Personal y obligaciones sociales	0.0	-0.2	-0.2
	2. Pensiones y otras prestaciones sociales	0.0	0.0	0.0
	3. Bienes y servicios	**25.0**	**-2.3**	**22.7**
	4. Donaciones y transferencias	0.0	0.0	0.0
	5. Otros Gastos	0.0	0.0	0.0
	Total gastos corrientes	**25.0**	**-2.5**	**22.5**
6. GASTOS DE CAPITAL	**6. Adquisición de Activos No Financieros**	**12.5**	**-2.3**	**10.2**
Total general		**37.6**	**-4.8**	**32.8**

Anexo 6

Diferencias Presupuesto 2010 2009 en la genérica personal y obligaciones sociales

(En soles)

Subgenerica	2010	2009	Diferencia
1: RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS EN EFECTIVO	**1,257,705,868**	**1,120,597,031**	**137,108,837**
2: OTRAS RETRIBUCIONES	1,765,582	1,429,293	336,289
3: CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL	67,810,330	66,880,745	929,585
Total	**1,327,281,780**	**1,188,907,069**	**138,374,711**

Detalle de Subgenérica	2010	2009	Diferencia
1: PERSONAL ADMINISTRATIVO	180,363,347	193,578,452	-13,215,105
2: PERSONAL DEL MAGISTERIO	49,881	130,456	-80,575
3: PERSONAL DE LA SALUD	**1,042,258,060**	**889,872,790**	**152,385,270**
9: GASTOS VARIABLES Y OCASIONALES	35,034,580	37,015,333	-1,980,753
Total	**1,257,705,868**	**1,120,597,031**	**137,108,837**

Específica	2010	2009	Diferencia
1: PROFESIONALES DE LA SALUD	431,699,369	406,833,564	24,865,805
2: NO PROFESIONALES DE LA SALUD	167,836,514	149,182,629	18,653,885
3: OTRAS RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS	**442,722,177**	**333,856,597**	**108,865,580**
Total	**1,042,258,060**	**889,872,790**	152,385,270

Detalle de específica	2010	2009	Diferencia
1: GUARDIAS HOSPITALARIAS	182,360,832	165,627,867	16,732,965
2: ASIGNACION EXTRAORDINARIA POR TRABAJO ASISTENCIAL	**260,289,453**	**168,106,618**	**92,182,835**
99: OTRAS RETRIBUCIONES Y COMPLEMENTOS	71,892	122,112	-50,220
Total	**442,722,177**	**333,856,597**	**108,865,580**

Anexo 7

Ejecución 2009 de la Unidades Ejecuras del MINSA

(En millones de S/.)

Unidad Ejecutora	PIA	PIM	Compromiso	%
001-117: ADMINISTRACION CENTRAL - MINSA	142.5	227.0	189.5	83%
028-144: HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	28.6	23.3	7.2	31%
010-126: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	16.1	17.4	16.9	97%
022-138: DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR	11.6	16.0	8.0	50%
123-1315: PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD - PARSALUD	0.0	15.1	12.5	83%
027-143: HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	8.0	12.1	9.5	79%
021-137: HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	8.0	9.1	6.0	65%
009-125: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	27.9	8.5	6.6	78%
033-149: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	10.0	8.5	8.1	95%
031-147: HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	4.1	7.5	6.7	89%
025-141: HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA	5.0	7.4	5.0	68%
011-127: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	8.0	6.1	6.1	100%
043-1151: RED. DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO	2.0	4.8	3.8	79%
016-132: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	6.3	4.7	2.4	52%
008-124: INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA	0.0	4.4	4.2	94%
030-146: HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	5.0	3.8	2.9	77%
036-522: HOSPITAL PUENTE PIEDRA Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	1.0	3.4	3.3	95%
020-136: HOSPITAL SERGIO BERNALES	3.0	3.0	3.0	100%
050-1217: HOSPITAL VITARTE	2.0	2.1	2.1	100%
017-133: HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN	0.8	2.1	2.0	94%
053-1264: RED DE SALUD LIMA CIUDAD	2.4	2.0	1.9	92%
049-1216: HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	2.9	2.0	1.9	99%
015-131: DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE	1.0	1.9	1.2	62%
046-1154: RED. DE SERVICIOS DE SALUD " BARRANCO-CHORRILLOS-SURCO"	2.0	1.8	1.8	100%
007-123: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	2.1	1.7	1.0	62%
029-145: HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	2.0	1.6	1.6	100%
042-1138: HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"	2.0	1.4	1.4	100%
026-142: DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD	0.5	1.3	1.0	75%
044-1152: RED. DE SALUD RIMAC - SAN MARTIN DE PORRES - LOS OLIVOS	2.0	1.1	1.1	99%
047-1155: RED. DE SERVICIOS DE SALUD "SAN JUAN DE MIRAFLORES-VILLA MARIA DEL TRIUNFO"	2.0	1.0	0.9	100%
048-1156: RED. DE SERVICIOS DE SALUD "VILLA EL SALVADOR - LURIN -PACHACAMAC-PUCUSANA"	2.0	0.9	0.9	99%
005-121: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL	0.9	0.9	0.3	40%
032-148: HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA	0.8	0.8	0.7	84%
045-1153: RED. DE SALUD TUPAC AMARU	1.0	0.5	0.4	89%
Total	**313.6**	**405.1**	**322.0**	**79%**

Anexo 8

Ejecución 2009 de los recursos de inversión en la función salud y fuente recursos ordinarios de los Gobiernos Regionales

Pliego	PIM	Ejec. Mill S/.	Avance ejec.
	Miles de S/.	Miles de S/.	%
440: AMAZONAS	9,568	9,211.1	96%
441: ANCASH	7,747	5,118.0	66%
442: APURIMAC	14,655	6,925.2	47%
443: AREQUIPA	8,516	7,906.3	93%
444: AYACUCHO	8,329	8,228.6	99%
445: CAJAMARCA	10,922	10,920.3	100%
446: CUSCO	4,269	2,504.2	59%
447: HUANCAVELICA	16,143	14,757.0	91%
448: HUANUCO	4,299	3,469.7	81%
449: ICA	3,120	2,776.7	89%
450: JUNIN	6,456	4,087.6	63%
451: LA LIBERTAD	3,178	2,902.7	91%
452: LAMBAYEQUE	51,524	50,727.8	98%
453: LORETO	7,349	3,537.1	48%
454: MADRE DE DIOS	2,952	2,453.8	83%
455: MOQUEGUA	1,744	1,422.6	82%
456: PASCO	111	2,276.1	2051%
457: PIURA	7,076	4,781.0	68%
458: PUNO	2,264	2,152.9	95%
459: SAN MARTIN	3,816	1,576.3	41%
460: TACNA	224	0.0	0%
461: TUMBES	1,877	738.7	39%
462: UCAYALI	1,192	370.6	31%
463: LIMA	11,251	3,152.8	28%
464: CALLAO	5,585	4,294.2	77%
Total	**194,165**	**156,291.5**	**80%**

Fuente: Consulta amigable SIAF SP. Elaboración propia

Ejecución 2009 de los recursos de inversión de la función salud y fuente recursos determinados de los Gobiernos Regionales

Pliego	PIM	Ejec. Mill S/.	Avance ejec.
	Miles de S/.	Miles de S/.	%
440: AMAZONAS	4,230.0	3,401.9	80%
441: ANCASH	37,648.5	21,913.6	58%
442: APURIMAC	3,681.4	57.2	2%
443: AREQUIPA	14,031.3	12,950.5	92%
444: AYACUCHO	6,024.0	2,686.7	45%
445: CAJAMARCA	49,832.0	35,954.4	72%
446: CUSCO	48,161.3	29,365.4	61%
447: HUANCAVELICA	5,466.4	2,684.9	49%
448: HUANUCO	2,154.9	1,257.6	58%
449: ICA	3,565.5	338.2	9%
450: JUNIN	0.0	0.0	
451: LA LIBERTAD	10,959.7	5,857.0	53%
452: LAMBAYEQUE	1,486.7	1,486.7	100%
453: LORETO	4,499.1	4,490.5	100%
454: MADRE DE DIOS	446.4	440.9	99%
455: MOQUEGUA	25,234.9	24,427.4	97%
456: PASCO	25,702.8	9,833.8	38%
457: PIURA	3,645.4	2,781.4	76%
458: PUNO	8,207.2	5,010.1	61%
459: SAN MARTIN	6,859.2	6,857.5	100%
460: TACNA	27,627.1	11,739.3	42%
461: TUMBES	475.7	473.9	100%
462: UCAYALI	16,475.5	10,731.1	65%
463: LIMA	7,397.6	3,304.2	45%
464: CALLAO	34,838.4	30,007.0	86%
Total	**348,651.1**	**228,051.2**	**65%**

Fuente: Consulta amigable SIAF SP. Elaboración propia

Anexo 9

Ejecución 2008 de los recursos de inversión en la función salud y fuente recursos ordinarios de los Gobiernos Regionales

Región	PIM Miles de S/.	Compromiso Miles de S/.	Avance ejec. %
440: AMAZONAS	15,760	9,390	60%
441: ANCASH	7,755	899	12%
442: APURIMAC	28,771	24,065	84%
443: AREQUIPA	16,466	11,170	68%
444: AYACUCHO	8,629	5,477	63%
445: CAJAMARCA	2,354	1,528	65%
446: CUSCO	17,253	13,798	80%
447: HUANCAVELICA	25,937	21,315	82%
448: HUANUCO	5,578	5,553	100%
449: ICA	1,430	1,421	99%
450: JUNIN	3,581	2,241	63%
451: LA LIBERTAD	7,297	7,075	97%
452: LAMBAYEQUE	33,399	32,097	96%
453: LORETO	11,936	1,810	15%
454: MADRE DE DIOS	18,277	6,645	36%
455: MOQUEGUA	325	4	1%
456: PASCO	2,847	7	0%
457: PIURA	8,388	4,651	55%
458: PUNO	5,115	2,844	56%
459: SAN MARTIN	1,841	1,347	73%
460: TACNA	387	47	12%
461: TUMBES	2,398	1,888	79%
462: UCAYALI	1,959	1,119	57%
463: LIMA	2,174	1,025	47%
TOTAL	**229,860**	**157,414**	**68%**

Fuente: Consulta amigable SIAF SP. Elaboración propia

Ejecución 2008 de los recursos de inversión en la función salud y fuente recursos determinados de los Gobiernos Regionales

Regiones	PIM Miles de S/.	Compromiso Miles de S/.	Avance ejec. %
440: AMAZONAS	6,032	3,816	63%
441: ANCASH	35,628	3,119	9%
442: APURIMAC	602	347	58%
443: AREQUIPA	6,884	6,482	94%
444: AYACUCHO	1,000	653	65%
445: CAJAMARCA	29,656	4,172	14%
446: CUSCO	43,111	32,077	74%
447: HUANCAVELICA	2,297	1,089	47%
448: HUANUCO	1,622	1,059	65%
449: ICA	551	107	19%
450: JUNIN	6,107	1,487	24%
451: LA LIBERTAD	17,948	17,833	99%
452: LAMBAYEQUE	602	0	0%
453: LORETO	10,023	3,978	40%
454: MADRE DE DIOS	852	758	89%
455: MOQUEGUA	24,936	3,865	16%
456: PASCO	13,435	0	0%
457: PIURA	4,429	4,269	96%
458: PUNO	6,615	4,463	67%
460: TACNA	14,225	5,457	38%
461: TUMBES	1,553	1,074	69%
462: UCAYALI	6,583	1,414	21%
463: LIMA	5,025	1,308	26%
464: CALLAO	13,547	8,878	66%
TOTAL	**253,262**	**107,705**	**43%**

Fuente: Consulta amigable SIAF SP. Elaboración propia

PLAN DE INCENTIVOS A LA MEJORA DE LA GESTIÓN MUNICIPAL
Ayuda Memoria

1. Marco Normativo

- **Ley N° 29332**. Ley que crea el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.
- **Ley N° 29465.** Ley de Presupuesto del Sector Público 2010.
- **DU N° 119-2009.** Modifican los artículos de las Leyes N° 29332 y N° 29465.
- **DS N° 003-2010-EF.** Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.

2. Finalidad y objetivos

El Plan de Incentivos tiene como finalidad promover condiciones que contribuyan con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a:

- Incrementar los niveles de recaudación de los tributos municipales, fortaleciendo la estabilidad y eficiencia en la percepción de los mismos. Este objetivo se centra en las municipalidades de las ciudades principales[16].
- Mejorar la ejecución de proyectos de inversión, considerando los lineamientos de política de mejora en la calidad del gasto.
- Reducir la desnutrición crónica infantil en el país.

3. Ámbito de aplicación

Todas las municipalidades provinciales y distritales del país. A estas el Plan le establece metas asignando recursos cuando se verifique el cumplimiento de las mismas.

4. Montos y distribución de recursos

- Se financia con recursos del tesoro público por un monto equivalente a la detracción del Fondo de Compensación Municipal (FONCOMUN) originadas por las devoluciones del Impuesto de Promoción Municipal
- Para el presupuesto 2010 este fondo asciende a S/. 700 millones.
- La estimación anual de los montos máximos[17] correspondientes a cada municipalidad, se efectúa aplicando el índice de distribución del FONCOMUN[18].

[16] La categoría "Municipalidades de Ciudades Principales" incluye: (i) 175 municipalidades que se encuentran en el ámbito de las 30 ciudades principales del país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (ii) 74 municipalidades ubicadas en 54 capitales de provincia, que incluyen a los distritos con población mayor a 20 000 habitantes y que más del 75% de su población se concentra en zona urbana, según el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH - MEF).

- Para el año 2010 el monto total de los recursos asignados para el programa se distribuyen 50% en marzo y 50% en septiembre. Para el mes de marzo los recursos se asignan únicamente en base a los índices de distribución del FONCOMUN no siendo exigible el cumplimiento de meta alguna. Para las transferencias del mes de septiembre si se exigirá el cumplimiento de la meta.
- La evaluación del cumplimiento de metas es realizada por la Dirección Nacional del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas.
- Sólo a las municipalidades que alcancen el 100% de la meta se les transfiere los recursos[19]. Los recursos que queden disponibles por incumplimiento de metas serán repartidos, como monto adicional, a las municipalidades que si alcanzaron su meta.

5. Criterios e indicadores seleccionados para evaluar cumplimiento de metas

El siguiente recuadro muestra los siete criterios y sus respectivos indicadores que serán utilizados para evaluar el cumplimiento de las metas. Estos criterios e indicadores varían dependiendo de la clasificación realizada en base al número de registro de viviendas urbanas que aproxima el tamaño del municipio (ver el detalle en el Anexo I)

	Criterio	Indicador	Ciudades principales (249 municipalidades)		Resto de distritos (1585 municipalidades)	
			2010	2011	2010	2011
1	Efectividad en la recaudación de impuesto predial	aumento de la recaudación impuesto predial	X	X		
2	Gasto social en salud y saneamiento	Porcentaje de ejecución del PIM en las funciones de saneamiento (18) y salud (20)	X		X	
3	Gasto en el Programa Articulado Nutricional	Formulación y ejecución presupuestal en el Programa Articulado Nutricional		X		X
4	Registro de identidad en los niños	Cobertura de DNI < 5 años				X
5	registro controles de crecimiento y desarrollo (CRED) oportuno para niños < a 1 año	Cobertura CRED oportuno < 1 año				X
6	Afiliación al Seguro de Salud Integral para niños < a 5 años	Cobertura de afiliación SIS < 5 años				X

[17] Son montos máximos ya que este es el total del financiamiento al que podrán acceder los municipios. La totalidad de estos recursos le serán asignadas siempre que cumplan con todas las condicionalidades.

[18] El índice se elabora considerando la ruralidad, carencia de servicios básicos en la vivienda, necesidades básicas insatisfechas (NBI), gestión municipal (incentivo por generación de ingresos propios y priorización del gasto en inversión) y la extensión territorial. Se establece que los recursos mensuales que perciban las municipalidades por concepto del FONCOMUN no podrán ser inferiores al monto equivalente a ocho Unidades Impositivas Tributarias (UIT), es decir, 28,400 nuevos soles.

[19] Esto implica que no la transferencia no es proporcional al porcentaje de cumplimiento, como en el caso del Programa de Modernización Municipal. Si no cumplen el 100% de la meta simplemente no se le transfiere recursos.

	Criterio	Indicador	Ciudades principales (249 municipalidades)		Resto de distritos (1585 municipalidades)	
			2010	2011	2010	2011
7	Focalización de beneficiarios de programas sociales (*)	Registro Único de Beneficiarios – RUB de Programas Sociales (Vaso de Leche – PVL, Comedores Populares – PCP)	X			X
(*) En el caso de los 31 distritos del VRAE se le exige meta en este indicador el 2010. Los distritos con menos de 500 viviendas urbanas (rurales) que son 1,015 municipios no se les exigen meta en este indicador.						

- Cada uno de los indicadores tiene un peso específico que ayuda a determinar el monto de de recursos que serán transferidos a la municipalidad por el cumplimiento de metas. Así por ejemplo, tomemos el caso de una municipalidad de una ciudad principal, que para el año 2010 tiene que cumplir tres metas asociadas a tres indicadores: (i) Aumento de la Recaudación Impuesto Predial, (ii) Porcentaje de ejecución del PIM en las funciones de saneamiento (18) y salud (20) y (iii) Registro Único de Beneficiarios – RUB de Programas Sociales (Vaso de Leche – PVL, Comedores Populares – PCP). El peso de cada uno de estos indicadores es 50%, 25% y 25% respectivamente. Si a la municipalidad le tocara recibir como monto máximo S/.1 millón y sólo ha cumplido la meta asociada al primer indicador entonces sólo le corresponde que le transfiera S/. 0.5 millones. Para mayor detalle del peso que tiene cada indicador ver el Anexo II.

6. La determinación de las metas

La determinación del tamaño de la meta que serán exigidas a cada municipalidad depende de la clasificación según tipo de necesidades que se hace de las municipalidades. (Para mayor detalle ver anexo I).

Meta del indicador 1. Efectividad en la recaudación de impuesto predial
La meta al 2010 es definida como: Recaudación Máxima del Periodo 2005 -2009. La Meta el 2011 se determinará por decreto supremo

Meta del indicador 2. Gasto social en salud y saneamiento
Este indicador aplica sólo el 2010, por lo tanto, la meta planteada es válida sólo para este año

Tipo de Municipio	Meta 2010	Meta septiembre 2010
Municipios con muy alta necesidad	Gasto ejecutado mayor o igual a 84%	Gasto ejecutado mayor o igual a 34%
Municipios con alta necesidad	Gasto ejecutado mayor o igual a 85%	Gasto ejecutado mayor o igual a 34%
Municipios con necesidad media	Gasto ejecutado mayor o igual a 87%	Gasto ejecutado mayor o igual a 35%

Meta del indicador 3. Gasto en el Programa Articulado Nutricional

La meta el 2011 es que el Municipio programe, formule, aprueba y ejecute el presupuesto en las cadenas presupuestarias definidas en el Programa Articulado Nutricional de Presupuesto por Resultados.

***Meta del indicador 4.* Coberturas de DNI en < 5 años**

Las metas establecidas para este indicador sólo son válidas para los 1,585 municipios que no son ciudades principales y para el año 2011.

Cluster por Dimensión de Necesidades	Cobertura DNI < 5 años (%)		Total de niños con DNI	
	Línea base (2008)	Meta 2011	Meta 2011	Esfuerzo
Muy Alta Necesidad	27.4	69.0	338,882	204,223
Alta Necesidad	14.8	71.8	319,903	253,951
Necesidad Media	16.8	78.1	252,076	197,953
TOTAL	**20.2**	**72.3**	**910,861**	**656,127**

Meta del indicador 5. Afiliación al Seguro Integral de Salud

Las metas establecidas para este indicador sólo son válidas para los 1,585 municipios que no son ciudades principales y para el año 2011.

Cluster por Dimensión de Necesidades	Cobertura Afiliaciones al SIS < 5 años (%)		Total de niños afiliados al SIS	
	Línea base (2008)	Meta 2011	Meta 2011	Esfuerzo
Muy Alta Necesidad	71.9	95.7	429,335	91,975
Alta Necesidad	76.8	97.4	474,505	96,410
Necesidad Media	67.0	94.4	301,510	83,790
TOTAL	**71.7**	**95.8**	**1,205,350**	**272,175**

Metas del indicador 6. Registro de Controles de Crecimiento y Desarrollo Oportuno

Las metas establecidas para este indicador sólo son válidas para los 1,585 municipios que no son ciudades principales y para el año 2011.

Cluster por Dimensión de Necesidades	Cobertura CRED Oportuno < 1 año (%)		Total de niños con CRED oportuno	
	Línea base (2008)	Meta 2011	Meta 2011	Esfuerzo
Muy Alta Necesidad	12.2	60.1	80,772	65,271
Alta Necesidad	10.3	56.4	70,832	58,701
Necesidad Media	10.7	53.4	46,775	38,428
TOTAL	**11.2**	**57.1**	**198,379**	**162,400**

Metas del indicador 7. Focalización de beneficiarios en Programas Sociales

Construcción del Registro Único de Beneficiarios de los Programas Vaso de Leche y Comedores Populares. Los municipios deben remisión bases de datos de beneficiarios de los programas el semestre anterior.

7. Uso de los recursos

El artículo 2 de la Ley que crea el Plan, Ley N° 29332, señala que "los recursos del plan…se destinan prioritariamente a gastos de inversión y de mantenimiento de infraestructura". Sin embargo, en el DS N° 003-2010-EF no realiza mención alguna a orientación de los recursos del Plan, que si es señalado en el caso del Programa de Modernización Municipal. Por lo tanto, se puede afirmar que los recursos que reciben los municipios de este fondo son de libre disponibilidad.

8. Limitaciones de los indicadores del Programa de Incentivos

- El indicador de CRED es sólo para atención en afiliados del SIS y no incentiva una mayor afiliación de niños menores de 1 año. El indicador de afiliación al SIS no prioriza los menores de 1 año.
- Los indicadores de CRED, afiliación al SIS y cobertura de DNI tienen metas muy exigentes en el corto plazo y la asignación posterior se da sólo si cumple el 100% de la meta (no es proporcional al porcentaje de su cumplimiento).
- Los indicadores anteriores establecen incentivos para actividades que no están bajo responsabilidad de las municipalidades. El cumplimiento de las metas de estos indicadores depende de la implementación de intervenciones principalmente de GR y RENIEC.
- Por el contrario, para el indicador de gasto en salud y saneamiento sólo se pide ejecución presupuestal, incentivando la falta de asignación de nuevos fondos para estas actividades.

ANEXO I

Clasificación de municipalidades utilizada para establecer metas

Los indicadores y las metas establecidas en el Plan son distintos según el tipo de Municipalidad. Las municipalidades han sido clasificadas según dos criterios:

Por Registro de Viviendas Urbanas	Por Necesidades[20]
❖ Municipalidades de ciudades principales ❖ Municipalidades de centros urbanos mayores 500 viviendas urbanas y ❖ Municipalidades con menos de 500 viviendas urbanas.	❖ Municipios con Muy Alta Necesidad ❖ Municipios con Alta Necesidad ❖ Municipios con Necesidad Media.

La clasificación resultante se muestra en el cuadro 1:

Clasificación municipal Programa de Incentivos Municipales

Por registro de viviendas urbanas	Por necesidades			
	Muy alta necesidad	Alta necesidad	Necesidad media	Total
Ciudades principales	53	59	138	250
Resto de municipalidades	442	530	612	1584
Total	**495**	**589**	**751**	**1834**

Fuente: Anexos DS 003-2010-EF

Por registro de viviendas urbanas	Por necesidades			
	Muy alta necesidad	Alta necesidad	Necesidad media	Total
Ciudades principales	21%	24%	55%	100%
Resto de municipalidades	28%	33%	39%	100%
Total	**27%**	**32%**	**41%**	**100%**

Fuente: Anexos DS 003-2010-EF

[20] Clasificación elaborada en base a necesidades fundamentales tanto sociales como de infraestructura. Dicha clasificación se ha elaborado siguiendo la metodología establecida para el Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local - FONIPREL, regulado por el Decreto Supremo Nº 204-2007-EF.

ANEXO II

Peso especifico que se da a cada uno criterios e indicadores que serán evaluados

Peso de cada uno de los indicadores para el periodo 2010 según tipo de municipalidad

AÑO 2010

Indicadores	Nº de distritos	Recaudación Impuesto Predial	Gasto en funciones de Saneamiento (18) y Salud (20)	Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)	TOTAL
Municipalidades de ciudades principales	249	50%	25%	25%	100%
Resto de municipalidades:	1,585				
Distritos de la Zona VRAE	31	NA	70%	30%	100%
Resto de Distritos	1,554				
Más de 500 viviendas urbanas	539	NA	100%	NA	100%
Menos de 500 viviendas urbanas	1,015	NA	100%	NA	100%
Total	1,834				

Peso de cada uno de los indicadores para el periodo 2011 según tipo de municipalidad

AÑO 2011

Indicadores	Nº de distritos	Recaudación Impuesto Predial	Gasto destinado al PAN	Cobertura DNI < 5 años	Cobertura afiliaciones SIS < 5 años	Cobertura CRED oportuno < 1 año	Si Foca Hogar
Municipalidades de ciudades principales	249	80%	20%	NA	NA	NA	
Resto de Municipalidades:	1,585						
Distritos de la Zona VRAE	31	30%	40%	10%	10%	10%	
Resto de Distritos	1,554						
Más de 500 viviendas urbanas	539	30%	30%	10%	10%	10%	
Menos de 500 viviendas urbanas	1,015	NA	40%	20%	20%	20%	
Total	1,834						

MODELO DE EVALUACIÓN EN REGIONES DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

USAID|Perú|Políticas en Salud

OBJETIVOS

Evaluar el funcionamiento actual del sistema de suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en las regiones seleccionadas y su capacidad para lograr sus objetivos.

Identificar puntos críticos que traban su funcionamiento.

Establecer una línea base sobre la cual iniciar la intervención del proyecto.

Proponer las medidas y cambios adecuados para mejorar la calidad y disponibilidad de productos Farmacéuticos, Insumos y Dispositivos médicos.

Generar un marco de referencia para establecer un programa conjunto de asistencia técnica a las DIRESA's, en el desarrollo e implementación de planes de acción para **monitorear el desempeño del suministro de Productos Farmacéuticos, Insumos y Dispositivos médicos.**

Generar un marco de referencia para establecer un programa conjunto de asistencia técnica a las DIRESA's en el desarrollo e implementación de planes de acción para **mejorar la calidad de almacenamiento y distribución de Productos Farmacéuticos, Insumos y Dispositivos médicos.**

Contar con una evaluación que sirva de punto de partida para **proponer una lista de chequeo para el control de calidad en el ciclo de abastecimiento de Productos Farmacéuticos, Insumos y Dispositivos médicos.**

METODOLOGÍA

Se visitarán las regiones seleccionadas durante 4 días en cada caso, sosteniendo reuniones de trabajo y entrevistas, previamente programadas, con funcionarios involucrados en las diversas funciones del suministro de medicamentos, tratando además que estos representen a los varios niveles de gestión.

También se efectuarán inspecciones de campo a las instalaciones que intervienen en el proceso de suministro de medicamentos, nuevamente considerando que estas correspondan a los distintos niveles en que las regiones brindan sus servicios de salud (redes, micro redes, hospitales).

El propósito es recolectar información tanto a nivel estratégico como de gestión operativa y los diversos procesos y sub procesos que la respaldan. Adicionalmente se trabajará con información estadística, por un lado para validar los resultados de lo conversado y observado en las inspecciones, así como para sustentar las conclusiones de la presente evaluación.

Por lo tanto, se recolectará información en tres niveles:

Sobre conversaciones y reuniones con los principales responsables del suministro de medicamentos en la región/red/micro red, para lo cual se ha elaborado una guía con preguntas o temas a tratar, que se muestra más adelante.

Sobre visitas de campo a almacenes, sub almacenes y establecimientos de salud. Para lo cual se ha adecuado la guía de BPA que usa la DIGEMID en sus procesos de certificación, a los objetivos de la presente evaluación.

Sobre las estadísticas e indicadores del SISMED que se obtenga en cada Región.

Los funcionarios a entrevistar deberán representar en cada caso:

- Integrantes del Comité Farmacológico
- Director de DEMID/DIREMID
- Director de Salud de las Personas
- Jefe de la oficina de Planificación
- Jefe de Almacén Especializado de Medicamentos
- Director de Logística
- Jefe de Programación e Informática
- Jefe de Adquisición
- Jefe de Almacén de Logística
- Químico Farmacéutico dispensación

Los procesos que se abarcarán a lo largo de la evaluación serán los siguientes:

PROCESO	SUBPROCESO
Selección	001 - Elaboración del Petitorio Institucional DIRESA/DISA 002 - Autorización de Adquisición Productos Fuera del PNME
Programación	003 - Determinación de necesidades insumos y material médico quirúrgico (mayo) 004 - Determinación de Necesidades de Materiales de laboratorio, radiología y odontología 005 - Determinación de Necesidades Medicamentos 006 - Valoración del Cuadro de Necesidades (Junio). 007- Formulación del Presupuesto Recursos Ordinarios – Recursos Directamente Recaudados (Brechas) 008 - Formulación del Plan Anual (diciembre-enero) 009 - Ajuste de Necesidades
Adquisición	010 - Estudio e Indagación de Mercado 011 - Elaboración de Bases 012 - Selección de Proveedor

	013 - Formalización Adquisición con Orden de Compra
Almacenamiento	014-Recepción de Material de Laboratorio, Radiología (Rayos X) y Odontología en almacén logístico 015 - Recepción de Medicamentos e Insumos Médicos Quirúrgicos en almacén especializado 016 – Devengado 017 - Actualización Kardex 018 - Pago
Distribución	019 - Asignación a Establecimientos de Salud de Material de Laboratorio, Radiología y Odontología 020 - Asignación de Medicamentos a Farmacias 021 - Transporte de Medicamentos, IMQ, Laboratorio, Rx. y Odontología 022 - Internamiento a servicios y Farmacia EE.SS. 023 - Gestión de stock 024 - Redistribución y transferencia de excedentes
Uso	025 - Entrega de Material de Laboratorio, Radiología y Odontología al usuario. 026- Entrega de de Medicamentos e Insumos Médicos Quirúrgicos al usuario. 027- Elaboración del Informe Consumo Integrado (ICI) y 028 - Elaboración del Informe Movimiento Económico (IME).

GUÍA CON PREGUNTAS O TEMAS A TRATAR

GESTIÓN GENERAL

1. ¿Existe alguna unidad en la Región responsable del proceso de suministro de medicamentos, Insumos y dispositivos médicos?
2. ¿Quién es el responsable de la gestión del suministro de medicamentos, Insumos y dispositivos médicos en la Región? ¿Son parte del equipo de Gestión de la Región?
3. ¿Existe una política en la Región para incrementar el acceso de la población a medicamentos esenciales?
4. ¿Considera que existe una estrategia regional en esta materia?
5. ¿Cuentan con estándares de desempeño para el proceso de suministro de medicamentos, Insumos y dispositivos médicos en la Región?
6. ¿Existe una supervisión en todos los niveles, con indicadores claros y procedimientos bien establecidos en cada etapa del proceso? Explique
7. ¿Cuentas con una guía de supervisión?
8. ¿Dan retroalimentación después de las visitas de supervisión?
9. ¿Existe una política de capacitaciones periódicas al personal de acuerdo a objetivos y cronogramas planificados?
10. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento de medicamentos, Insumos y dispositivos médicos para la Región?
11. ¿Existe y se cumple el Fondo Rotatorio?
12. ¿En que situación se encuentran los reembolsos del SIS?
13. Describa el proceso de financiamiento de medicamentos que se sigue en la Región, Red, Micro red, Establecimiento de Salud (según corresponda)
14. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en financiamiento de medicamentos, Insumos y dispositivos médicos para la Región? ¿Cuáles considera serían sus principales causas?
15. ¿Se maneja algún tipo de información sobre la percepción de los usuarios sobre el servicio de atención en los establecimientos farmacéuticos que se brinda en la Región/Red/Micro Red? Comente.
16. ¿Cuál considera que son los principales problemas en materia de suministro de Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos? Explique

SELECCIÓN

1. ¿Cuentan con Comité Farmacológico Regional? y ¿Comités Farmacológicos por hospitales?
2. ¿Están funcionando? ¿Con que periodicidad se reúnen?
3. ¿Cuenta con un plan de actividades?¿Se cumple?
4. ¿Cómo definen que medicamentos van a utilizar en el suministro de medicamentos?
5. ¿Existe una Petitorio Regional de Medicamentos Esenciales?
6. ¿Cuantos productos contiene el Petitorio Regional?
7. ¿Existe una Petitorio Regional de Medicamentos Esenciales por Niveles de Atención?

8. ¿En que niveles se encuentra distribuido el mencionado petitorio?
9. ¿Este petitorio es utilizado para la programación y compra de medicamentos?
10. ¿Existe algún perfil epidemiológico de la región?
11. ¿Existen estadísticas de las enfermedades prevalentes/motivos de consulta por región/red/micro red?
12. ¿Reciben información vía un procedimiento formal sobre la evolución en la ocurrencia de enfermedades o efectos asociados con determinados medicamentos, (p.e. resistencia bacteriana)?

ESTIMACIÓN Y PROGRAMACIÓN

1. ¿Quién es el responsable de la estimación/programación de medicamentos, insumos y dispositivos médicos?(DIRESA, Red, Micro Red)
2. ¿Quiénes conforman el equipo de trabajo?
3. ¿Qué Calificaciones tienen?
4. Describa el proceso de elaboración de las estimaciones (p.e. 2009 y/o 2010)
    a. Cuando y como se inicia?
    b. Para que y porque se inicia?
    c. Quien lo inicia?
    d. Donde se elabora?
    e. Cuanto tiempo toma este proceso?
5. ¿Qué método se utiliza en la estimación de necesidades? ¿Se encuentra formalizado en algún procedimiento oficial? Explicar.
6. ¿Utiliza algún programa informático?
7. ¿Las estimaciones/programación son preparadas con información logística actualizada?
8. ¿Que otros factores o supuestos son considerados en la elaboración de las estimaciones de necesidades de medicamentos, insumos y dispositivos médicos?
    a. Consolidación de presupuestos de redes y/o micro redes,
    b. Variaciones estacionales, intervenciones programadas,
    c. Metas prestacionales,
    d. Niveles de atención,
    e. Perfiles Epidemiológicos, morbilidad
    f. Enfermedades Prevalentes
    g. Perfiles demográficos
9. ¿Normalmente para que periodo son preparadas las estimaciones? (3 meses, 6 meses, 12 meses, 24 meses, etc.)
10. ¿Las estimaciones son validadas comparándolas con anteriores reportes sobre consumo de medicamentos?
11. ¿Existe un procedimiento formal del control de los resultados? Se le hizo seguimiento a los resultados del 2009?
12. ¿Se recibe algún tipo de asistencia técnica para elaborar las estimaciones? ¿Por quien?

13. ¿Reciben capacitación periódica sobre procedimientos y metodologías de estimación de necesidades de medicamentos, insumos y productos médicos?
14. ¿Cual es el rol de las redes y micro redes de la región en el proceso de estimación?
15. ¿Se verifica la consistencia de la información (estimación) recibida de las redes y/o Micro redes?
16. ¿Las estimaciones son actualizados periódicamente? ¿Cada cuanto tiempo?
17. ¿Con que frecuencia son elaborados?
18. ¿Cómo realiza la programación del abastecimiento?
19. ¿Para la programación se consideran los siguientes elementos:
    a. Niveles de inventario disponible
    b. Inventario ajustado de mermas y otras pérdidas?
    c. Tiempos de entrega de los proveedores?
    d. Inventario de Seguridad?
20. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en la programación de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos? ¿Cuáles serían sus principales causas?
    a. Disponibilidad de información?
    b. Falta de objetivos definidos
    c. Criterios de programación?
    d. Plazos exigidos?
    e. Capacidades del recurso humano?
    f. Comunicaciones?
21. ¿Cuentan con estándares de desempeño para el proceso de proyección/programación de medicamentos, insumos y dispositivos médicos?

ADQUISICIÓN

1. ¿Quien es responsable de las adquisiciones? ¿Existe una dependencia dedicada exclusivamente a las adquisiciones?
2. ¿Cuántas personas se dedican a las adquisiciones? ¿Cuáles son sus calificaciones?
3. ¿Los profesionales y técnicos de logística han recibido capacitación en compras? Explique
4. ¿Existen políticas/estrategias sobre compras de medicamentos, insumos y dispositivos médicos?
5. ¿Participan de las compras nacionales del MINSA? ¿Cuántas unidades ejecutoras participaron en la última compra? (preguntar número total de Unidades Ejecutoras)
6. ¿Cual es el criterio para participar en las compras nacionales?
7. ¿Realizan Licitaciones Regionales? ¿Compras de menor cuantía? Explique
8. Describa el proceso de adquisición de medicamentos que se sigue en la Región, Red, Microrred, Establecimiento de Salud hasta su liquidación (según corresponda).
9. ¿Este procedimiento se encuentra registrado como tal? ¿Se cuenta con un documento o una guía específica que indique la manera como debe realizarse la adquisición?

10. ¿Las adquisiciones en el corto plazo son basadas en la proyección de requerimientos realizada?
11. ¿En las adquisiciones se considera a proveedores pre-calificados y productos del Petitorio Nacional?
12. ¿Existe algún sistema de evaluación del desempeño de los proveedores?
13. ¿Qué medidas se toman cuando un proveedor incumple los términos ofrecidos?(p.e. plazos de entrega)
14. ¿Se maneja un registro de proveedores con calificaciones de calidad de servicio y productos?
15. ¿Existen procedimientos para asegurar la calidad en las adquisiciones?
16. ¿Cómo determinan los precios referenciales para las compras de medicamentos?
17. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en la adquisición de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos? ¿Cuáles serían sus principales causas?
    a. Normatividad?
    b. Disponibilidad Financiera?
    c. Articulación con el nivel central?
    d. Articulación Interna entre áreas técnicas y administrativas?
    e. Disponibilidad de proveedores?
    f. Procedimientos de compra?
    g. Mecanismos de pago?
    h. Capacidades del recurso humano?
18. ¿Cuentan con estándares de desempeño para el proceso de adquisición de medicamentos?

ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIO y ALMACENAMIENTO

1. ¿Que tipo de sistemas de control de inventario utiliza? (describir)
2. ¿Existe algún sistema para manejar la trazabilidad de las medicinas, insumos y dispositivos médicos?(p.e. código de barras) explique
3. ¿Existe alguna política sobre almacenar y despachar mercadería de acuerdo son el sistema primero en expirar primero en despachar?
4. ¿Se han establecido niveles de existencia en el almacén? Explique
5. ¿Los productos dañados o expirados son físicamente separados de la mercadería en buen estado y retirada de los registros de inventario (Kardex)? En todo caso, ¿Qué se hace con estos productos?
6. ¿Algunos medicamentos llegan a cumplir su fecha de expiración? ¿Por qué? ¿Se canjean por medicinas con fecha de expiración no cumplida?
7. ¿Existe un nivel significativo de pérdidas de mercadería en los almacenes?
8. ¿Existe algún sistema para monitorear la pérdida de medicamentos y otros ajustes que se deben realizar?
9. ¿Que acciones se toman ante una pérdida de mercadería?
10. ¿Existen medidas para evitar la disposición ilegal de productos del almacén?(explique)
11. ¿Existen medidas para evitar el ingreso/salida de productos falsificados al/del almacén?

12. ¿Han ocurrido roturas de inventario (desabastecimiento) en algún producto durante los últimos 12 meses? Nivel Central, Regional, Red, Micro Red?
13. ¿Que mercadería tiene la mayor frecuencia de rotura de inventarios (desabastecimiento)? Por cuanto tiempo? Cuales son las causas?
14. ¿Existen procedimientos para colocar órdenes de reposición de emergencia?
15. ¿En cuanto tiempo suelen ser abastecidas?
16. ¿Existen procedimientos escritos para la redistribución de productos con sobre inventarios entre diferentes establecimientos (compensación)? (micro redes, redes, región?)
17. ¿Cuentan con estándares de desempeño/medición/control en el proceso de administración de inventarios?
18. ¿Han recibido visitas de supervisión? ¿De quien?
19. ¿Reciben retroalimentación después de las visitas de supervisión?
20. ¿Existen procedimientos escritos para el almacenaje y manipuleo de mercadería? (p.e., manuales, posters, etc.)?
21. ¿Existen procedimientos por escrito para el desecho de materiales contaminantes, desechos médicos, etc.?
22. ¿Existe alguna política que exija toma de inventarios en los diferentes almacenes?
23. ¿Estos inventarios (conteos físicos), son comparados con el Kardex del almacén? ¿Coinciden? Explique
24. ¿Existen cadenas de frío en los diferentes niveles del sistema o donde fuera necesarios?
25. ¿Como es monitoreada esta cadena de frío para asegurar que los productos sean consistentemente mantenidos en las temperaturas adecuadas?
26. ¿Existe capacidad de almacenamiento adecuada para manejar los actuales volúmenes de productos? En todos los niveles?
27. ¿Cuál es la capacidad de almacenamiento del almacén? Comente
28. ¿Es la capacidad actual del almacén una de las razones por las que se producen roturas de inventarios? En que niveles?
29. ¿Especifique que tipo de condiciones de almacenamiento necesitan ser mejoradas (temperatura, tipo de edificación, etc.)
30. ¿Existen procedimientos para registrar quejas o reclamos referidos a la calidad de los productos? A qué niveles? Como es manejado?
31. ¿Se realizan inspecciones visuales o algún otro tipo de control para asegurarse de la calidad de los productos en los almacenes?
32. ¿Existen procedimientos escritos o guías para la destrucción de productos dañados o vencidos?
33. ¿Cómo se registran en el sistema, los movimientos de mercadería en el almacén? (¿Quién ingresa los ingresos? ¿Quién registra las salidas?).
34. ¿Existe ingreso de medicamentos directamente al sub almacen en redes y micro redes o directamente a Establecimientos de Salud? ¿Cómo es controlado esto?
35. ¿Existen criterios para la asignación de ubicaciones a los productos que se manejan en el almacén? (p.e. rotación)
36. ¿Los profesionales y técnicos del almacén han recibido alguna capacitación en los últimos meses? ¿Sobre el BPA? Explique

37. ¿Es de su conocimiento que de acuerdo a la nueva ley de medicamentos, todos los almacenes de medicinas deberán contar con una certificación en BPA? ¿qué medidas piensa tomar al respecto?

TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN

1. Número de Almacenes y Sub Almacenes de Medicamentos en la región.
2. Número de establecimientos de salud a los que se abastece de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
3. ¿Quién es responsable del proceso de distribución en la Región, Red, Microrred, Establecimiento de Salud (según corresponda)?
4. ¿Existen procedimientos escritos sobre la distribución de productos entre los diversos niveles?
5. ¿Existe presupuesto para?:
    a. Vehículos
    b. Combustible
    c. Repuestos
    d. Mantenimiento y Reparación
    e. Salarios para Choferes
6. ¿Existen suficientes unidades de transporte con choferes y combustible para cubrir las necesidades actuales de distribución?
7. ¿Existen situaciones derivadas de condiciones climatológicas que impidan o dificulten el transporte de mercadería en determinados periodos del año? Comente
8. ¿Donde se guardan o mantienen los vehículos de transporte?
9. ¿Es tercerizado el transporte en algún nivel? Comente
10. ¿Han establecido algún método o formato especial para el cálculo de los requerimientos en los establecimientos de salud?
11. ¿Los establecimientos de salud recogen los medicamentos del almacén? Explique
12. ¿Quién asume los gastos de transporte de distribución de medicamentos a los establecimientos de salud?
13. ¿Tiene una red de distribución definida?
14. ¿Aceptan devoluciones de los establecimientos de salud? Explique
15. ¿Existe algún criterio para la asignación de medicamentos, insumos y dispositivos médicos entre los diversos establecimientos de la Región, de acuerdo a niveles de atención/complejidad?
16. ¿Cuentan con estándares de desempeño para el proceso de distribución de medicamentos?
17. ¿Existen retrasos en el abastecimiento desde el nivel Regional?
18. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en la distribución de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos? ¿Cuáles serían sus principales causas?
    a. Condiciones de vías de comunicación? – Acceso geográfico?
    b. Costos de transporte? – Financiamiento?
    c. Condiciones de los medios de transporte?
    d. Disponibilidad/Calidad de transporte?

USO

1. ¿Quién es responsable de monitorear y controlar el proceso de prescripción/dispensación en la Región, Red, Microrred, Establecimiento de Salud (según corresponda)?
2. ¿Cuentan con estándares de desempeño para el proceso de prescripción/dispensación de medicamentos?
3. ¿Existen guías sobre práctica clínica para el tratamiento de las diversas condiciones, con las medicinas que se manejan?
4. ¿Se encuentran estas guías distribuidas en todos los puntos de atención?
5. ¿Existen mecanismos para supervisar el cumplimiento de estas prácticas de prescripción?
6. ¿Utiliza la receta única estandarizada (RUE)?
7. ¿Es registrada en algún medio la información generada por la dispensación de las medicinas incluidas en el RUE?
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en la prescripción de medicamentos? ¿Cuáles serían sus causas?

INFORMACIÓN

1. ¿Tiene usted instalado el Software del SISMED? ¿La última versión (2.0)?
2. ¿Han sido capacitados en su utilización?
3. ¿Esta instalado y difundido en toda la Región?
4. Por favor, describa el proceso de registro, consolidación y generación de información del funcionamiento del SISMED que se sigue en la Región, Red, Microrred, Establecimiento de Salud (según corresponda)
5. ¿Este procedimiento se encuentra registrado como tal? ¿Se cuenta con un documento o una guía específica que indique la manera como debe realizarse el registro, consolidación y generación de información del funcionamiento del SISMED?
6. ¿Quién es responsable del proceso de registro, consolidación y generación de información del funcionamiento del SISMED en la Región, Red, Microrred, Establecimiento de Salud (según corresponda)?
7. ¿Se realiza un control sobre la consistencia y veracidad de la información generada por el SISMED?
8. ¿Se verifica la información de existencias reportadas por los establecimientos? ¿Cómo se realiza la verificación?
9. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra en registro, consolidación y generación de información del funcionamiento del SISMED? ¿Cuáles serían sus principales causas?
    a. Infraestructura/Equipamiento?
    b. Recursos Humanos?
    c. Procedimientos

10. ¿Cuentan con estándares de desempeño para el proceso de registro, consolidación y generación de información del funcionamiento del SISMED?
11. ¿Se maneja algún otro tipo de información sobre suministro de Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos además de la solicitada por el SISMED? Explique.

Formato de Evaluación del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Establecimientos Públicos de Salud DIRESA/DEMID…….. – USAID|Perú|Políticas en Salud

GUÍA DE INSPECCIÓN

DIRESA: _____ RED: _____

MICRORED: _____ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

CATEGORÍA: _____ RESPONSABLE FARMACIA: _____

FECHA: _____/_____/____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE FIN: _____

	ASUNTO	SI	NO	OBSERV.
5.-	**DEL ALMACEN :**			
5.1.1	¿Está ubicado en un lugar donde se tenga un fácil acceso a las fuentes de abastecimiento de los productos que comercializa?			MENOR
5.1.2	¿Cuáles son las areas adycentes al almacen?			INFORMATIVO
5.1.3	¿ Está ubicado lejos de fuentes de contaminación?			MAYOR
5.1.4	El tamaño del almacén está de acuerdo a la variedad y volumen de productos a almacenar?			CRÍTICO
	Área total aproximada:			INFORMATIVO
5.1.5	¿El almacén dispone de espacio suficiente para cumplir satisfactoriamente con todas las operaciones de carga y descarga de los productos que se comercializan?			MAYOR
5.1.6	¿La distancia entre la pared y los anaqueles y/o parihuelas , permite realizar la limpieza?			MAYOR
6	**INSTALACIONES**			
6.1	**PAREDES:**			
6.1.1	¿Las paredes son resistente, lisas y fáciles de limpiar?			MAYOR
6.2	**PISOS**			
6.2.1	¿Los pisos son de superficie lisa y de fácil limpieza, y lo suficientemente nivelados y resistentes para el transporte de los productos que se comercializan?			MAYOR
6.3	**TECHOS**			
6.3.1	- ¿El material del techo evita la acumulación de calor en el interior del almacén?			MAYOR
	- ¿De qué material es?			INFORMATIVO
6.4	**VENTANAS Y PUERTAS**			
6.4.1	¿Las ventanas están localizadas con protección para evitar el ingreso de polvo, aves, insectos y roedores?			MENOR
6.4.2.	¿De exisitir ventanas en el área de almacenamiento, éstas se encuentran selladas e impiden el ingreso de la luz solar directa?			MAYOR
6.4.3	¿El diseño de la puerta brinda seguridad y facilita el tránsito del personal y de los productos?			MAYOR
6.5	**ILUMINACION Y VENTILACION**			

6.5.1	¿ Cuenta con instalaciones eléctricas y servicio de luz en buenas condiciones?			MAYOR
6.5.2	¿Hay una adecuada iluminación?			MENOR
	- Es artificial?			INFORMATIVO
	ASUNTO	**SI**	**NO**	**OBSERV.**
	- Es natural?			INFORMATIVO
6.5.3	¿ Hay una adecuada circulación interna de aire?			MAYOR
	- Es artificial?			INFORMATIVO
	- Es natural?			INFORMATIVO
6.5.4	¿Cuenta con procedimientos operativos para registrar la Temperatura y la humedad relativa			MAYOR
6.5.5	La Temperatura ambiental esta entre 15°C y 30°C?			MAYOR
	- Se registra?			MAYOR
6.5.6	¿La Humedad Relativa se encuentra dentro de 65% +/- 5%?			INFORMATIVO
	- Se registra?			INFORMATIVO
6.6	**MANEJO DE CADENA DE FRÍO**			
6.6.1	¿Cuenta con cuarto de temperatura y humedad controlada, cámara fría o refrigeradores, si requiere?			CRITICO
6.6.2	¿Cuenta con áreas de cuarentena y de producto aprobado en la cámara fría o refrigeradores?			MAYOR
6.6.3	¿Se registra el control de temperatura en los equipos y/o instalaciones?			MAYOR
6.6.4	¿Cuenta con procedimientos escritos para el Manejo de productos con cadena de frío?			MAYOR
	¿ Incluye el Manejo de Vacunas si lo requiere?			MAYOR
6.6.5	¿Cuenta con áreas de temperatura controlada no mayor a 24ºC para la recepción y embalaje ?			MAYOR
6.6.6	¿Cuenta con procedimientos escritos para la Validacion del embalaje, despacho y transporte de			
	productos con cadena de frío?			MAYOR
6.6.7	¿Cuenta con plan de contigencia en caso del corte del fluído eléctrico?			MAYOR
6.6.8	¿Se registran los incidentes que afectan al control de la temperatura y las acciones tomadas durante el corte de fluido electrico?			MAYOR
6.6.9	¿ Cuenta con dispositivos de alarma si es que se interrumpe el fluído eléctrico y/o se presentan			
	desviaciones de temperatura para los productos almacenados con cadena de frío?			INFORMATIVO
	- ¿ Se registran estas desviaciones de temperatura?			MAYOR
6.6.10	¿Cuenta con materiales apropiados para el embalaje y transporte de productos de temperatura			
	controlada?			MAYOR
6.7	**AREAS AUXILIARES**			
6.7.1	¿Cuenta con servicio de agua potable en condiciones adecuadas?			MAYOR
6.7.2	¿Los servicios higiénicos, vestidores y/o comedor se encuentran fuera del área de almacenamiento?			MAYOR
6.7.3	¿Las áreas auxiliares están identificadas, limpias, en buen estado y adecuadamente ventiladas?			MAYOR
6.7.4	¿ Los Servicios higiénicos cuentan con implementos de aseo necesarios?			MAYOR
6.7.5	¿ Las áreas adyacentes al almacén se encuentran limpias y ordenadas?			MENOR
7	**ORGANIZACIÓN INTERNA**			

7.1	¿El almacén está debidamente identificado?			MENOR
7.2	¿Existen rótulos prohibiendo comer, beber y fumar dentro del almacén?			MENOR
7.3	¿Todos los productos se encuentran colocados sobre parihuelas y/o anaqueles?			MAYOR
	ASUNTO	**SI**	**NO**	**OBSERV.**
7.4	¿Los productos se encuentran debidamente ordenados e identificados?			MAYOR
7.5	¿El número de parihuelas y anaqueles es suficiente para la cantidad de productos que almacenan?			MENOR
7.6	¿Cuentan con un área debidamente separada y/o señalada e identificada para la:			
	- Patio de maniobras			INFORMATIVO
	- Recepción			MAYOR
	- Cuarentena			MAYOR
	- Almacenaje			MAYOR
	- Devoluciones			MAYOR
	- Embalaje			MAYOR
	- Despacho			MAYOR
	- Fraccionamiento o Reenvasado (si se requiere)			MAYOR
	- De baja			MAYOR
	- Oficinas administrativas			MAYOR
	- Servicios higiénicos			MAYOR
	- Vestidores			MENOR
	- Materiales de limpieza			MENOR
7.7	Cuentan con un área adecuada de almacenaje especial para :			
	- Productos sensibles a la temperatura y/o humedad relativa?			MAYOR
	Se registra diariamente la T° y la humedad relativa?			MAYOR
	- ¿Sustancias inflamables?			MAYOR
	¿ Los productos inflamables estan en un lugar fresco y ventilado?			MAYOR
	- ¿Productos de control especial?			MAYOR
	¿Se encuentran bajo llave?			MAYOR
8	**MOBILIARIO, EQUIPOS Y RECURSOS MATERIALES**			
	Cuentan si se requiere con:			
	- Anaqueles o racks			MAYOR
	- Parihuelas			MAYOR
	- Montacarga			MAYOR
	- Refrigerador o cámara fría			MAYOR
	- Cajas térmicas			MAYOR
	- Paquetes refrigerantes			MAYOR
	- Termohigrómetro calibrado			MAYOR
	- Indicadores de temperatura			MAYOR
	- Balanza Calibrada			MAYOR
	- Ventilador			MAYOR
	- Equipo de aire acondicionado			MAYOR
	- Equipo de Extracción de aire			MAYOR
	- Equipo electrógeno			MAYOR
	- Botiquín			MAYOR
	- Materiales de limpieza			INFORMATIVO
	- Otros			INFORMATIVO
9	**DE LA DOCUMENTACION**			

9.1	¿Cuenta con un Procedimiento Operativo Estándar para la elaboración, revisión, actualización periódica y distribución de documentos?			MAYOR
9.2	¿Cada Procedimiento indica título, contenido, nombre y firma de la persona que lo elabora, revisa y aprueba; así como la fecha de emisión y validez del mismo según corresponda?			MAYOR
9.3	¿Están los Procedimientos Operativos Estándar escritos en un lenguaje claro, preciso y libre de expresiones ambiguas para su fácil comprensión por parte del usuario?			INFORMATIVO
9.4	¿Se retiran los Procedimientos Operativos Estándar no vigentes?			MAYOR
	ASUNTO	**SI**	**NO**	**OBSERV.**
9.5	¿ Conocen los usuarios los Procedimientos Operativos Estándar de su competencia?			MENOR
	- ¿Se registra?			MENOR
9.6	Se archivan los documentos referentes a todas las compras, recepciones, controles, despachos de productos, exámenes médicos y otros según las normas legales e internas vigentes?			MENOR
10	**LIMPIEZA**			
10.1	¿Se encuentran limpios, ordenados y mantenidos?			
	- Estantes, Racks, o Anaqueles, parihuelas			MAYOR
	- Pisos			MAYOR
	- Paredes			MAYOR
	- Techos			MAYOR
	- Ventanas			MAYOR
	- Otros			MENOR
10.2	¿ Cuenta con Procedimientos Operativos Estándar escritos sobre la frecuencia y métodos usados en la limpieza?			MAYOR
	- ¿Se registra?			MENOR
	¿Cuenta con un programa de saneamiento ambiental?			MAYOR
	- Con que frecuencia lo hacen?			INFORMATIVO
	- Se registra?			MENOR
11	**DEL PERSONAL**			
11.1	¿Cuenta con Procedimientos Operativos Estándar escritos para la Capacitación del personal?			MAYOR
11.2	¿Existe un Programa de Capacitación contínua que incluya las Buenas Prácticas de Almacenamiento dirigido a todo el personal del almacén?			MAYOR
	- ¿Se cumple?			MAYOR
	- ¿Se registra?			MENOR
11.3	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos para la Inducciòn al personal nuevo?			MAYOR
	- Se registra?			MENOR
11.4	¿ El profesional Quimico Farmaceutico ha recibido capacitacion y /o actualizacion sobre las Buenas Practicas de Almacenamiento en los últimos 2 años?			MAYOR
12	**FUNCIONES**			
12.1	¿Cuenta con un documento o Manual que describe las funciones y responsabilidades del personal?			MAYOR
	- ¿El personal tiene conocimiento del mismo?			MENOR

	- ¿ Cuantos personas trabajan en el almacen?			INFORMATIVO
13	**EXAMENES MEDICOS**			
13.1	¿Se realiza un examen médico y/o de laboratorio periódico al personal?			MAYOR
	¿Cuáles?			INFORMATIVO
	Establecimiento de salud y/o Consultorio Privado			INFORMATIVO
	Frecuencia			INFORMATIVO
	¿Se documenta?			INFORMATIVO
14	**VESTIMENTA**			
14.1	¿El personal usa vestimenta de trabajo adecuada?			MAYOR
14.2	¿Se provee al personal de implementos de seguridad?			MAYOR
	- Cuáles?			INFORMATIVO
	ASUNTO	**SI**	**NO**	**OBSERV.**
15	**DE LA SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO**			
15.1	¿Cuenta con vigilancia permanente y dispositivos de alarma?			INFORMATIVO
15.2	¿Existe restricción para ingreso al almacén de personas no autorizadas?			MAYOR
15.3	¿Cuenta con extintores suficientes y con carga vigente?			MAYOR
	- ¿Se encuentra despejado el acceso a los extintotres?			MAYOR
	- ¿El personal es adiestrado en su uso, se registra y/o documenta?			MAYOR
15.4	¿Cuenta con Normas de Seguridad Personal?			MAYOR
	- ¿Se realizan simulacros de evacuación?			MAYOR
	- ¿Tiene Plano de Evacuación?			MENOR
	- ¿Se ha capacitado al personal en las normas de seguridad?			MAYOR
	- ¿Cuenta con las señalizaciones de seguridad establecidas?			MAYOR
15.5	¿Las instalaciones eléctricas están adecuadamente protegidas?			MAYOR
15.6	¿Cuenta con Programas de Mantenimiento de instalaciones y equipos?			MAYOR
	- ¿Se registra?			MENOR
15.7	- ¿ En caso de corte de fluido electrico durante el horario en el que no se encuentra el personal responsable de almacen, se registra e informa de los incidentes? Solo para quienes manejan Cadena de frio.			MAYOR
16	**DE LOS PROCESOS (OPERACIONES)**			
16.1	**DE LA RECEPCIÓN**			
161	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos para la Recepción de los productos?			MAYOR
16.2	¿Cada producto ingresa con la respectiva documentación?			CRITICO
16.3	¿Se elaboran documentos de recepción considerando la información señalada en el Manual de			
	Buenas Prácticas de Almacenamiento?			MAYOR
16.4	¿Tiene definido un método de muestreo?			MENOR
16.5	¿La verificación de los productos es efectuada por el Químico Farmacéutico responsable?			CRITICO

	- ¿Se registra?			CRITICO
16.6	¿ Se cuenta con Instructivos en caso de accidentes que involucren a productos oncológicos,			
	betalactámicos y hormonales, si corresponde?			MAYOR
17	**DEL ALMACENAMIENTO**			
17.1	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos para el Almacenamiento de los productos			
	qué comercializa?			MAYOR
17.2	¿Se mantienen las Condiciones de Almacenamiento dadas por el fabricante para los productos			
	que comercializa?			MAYOR
17.3	El sistema de ubicación de los suministros es:			
	- Fijo			INFORMATIVO
	- Fluido			INFORMATIVO
	- Semifluído			INFORMATIVO
17.4	El orden de los suministros está hecho en base a:			

	ASUNTO	SI	NO	OBSERV.
	- Orden alfabético			INFORMATIVO
	- Forma farmacéutica			INFORMATIVO
	- Clase terapéutica			INFORMATIVO
	- Código del Producto			INFORMATIVO
	- Otros			
17.5	¿Tiene un registro de existencias que consigne el lote y fecha de vencimiento de cada producto?			MAYOR
	- ¿Es manual?			INFORMATIVO
	- ¿Es computarizado?			INFORMATIVO
17.6	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos sobre el Control de inventarios?			MENOR
	- ¿Se registran los inventarios?			MENOR
	- ¿Con que frecuencia se realizan?			INFORMATIIVO
17.7	Cuenta con Procedimientos Operativos escritos en caso se establezcan diferencias en el			
	inventario?			MENOR
	- ¿Se registra la investigación de la no conciliación de datos, si la hubiera?			MENOR
17.9	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos sobre las Auditorías internas que se efectúan al			
	almacén?			MAYOR
	- ¿Se registran?			MAYOR
	- ¿Con qué frecuencia se realizan?			INFORMATIVO
18	**DE LA DISTRIBUCION**			
18.1	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos para la distribución de productos que incluya:			
	a) Rotación de stock y manejo de fechas de vencimiento			MAYOR
	b) Embalaje según el tipo de productos que comercializa?			MAYOR
	c) Despacho según el tipo de productos que comercializa?			MAYOR
	- ¿Se despachan los productos de acuerdo al sistema FIFO y/o FEFO?			INFORMATIVO

	d) ¿ Como se realiza el Transporte de productos?			MAYOR
18.2	¿Identifican en las facturas y/o boletas de ventas los números de lotes que van a cada destinatario?			MAYOR
19	**DEL RETIRO DEL MERCADO**			
19.1	¿ Cuenta con procedimientos operatiovsos escritos para el Retiro de Productos del mercado?			MAYOR
19.2	¿Evalúan la eficacia del Sistema de retiro?			MAYOR
20	**DE LOS RECLAMOS Y DEVOLUCIONES**			
20.1	¿Cuenta con Procedimientos Operativos escritos para el Manejo de Reclamos y Devoluciones?			MAYOR
20.2	¿Se registran y/o documentan incluyendo los motivos?			MAYOR
	- Reclamos			
	- Devoluciones			
20.3	¿ Se atienden oportunamente?			INFORMATIVO
21	**PRODUCTOS ADULTERADOS O FALSIFICADOS**			
21.1	¿En caso de detectar productos adulterados o falsificados, estos son separados e identificados?			MAYOR
21.2	¿ Comunica a la DIGEMID sobre los productos registrados que son adulterados o falsificados?			MAYOR

Formato de Evaluación del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Establecimientos Públicos de Salud
DIRESA/DEMID ……. – USAID|Perú|Políticas en Salud

DIRESA: _____ RED: _____
MICRORRED: _____ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____
CATEGORÍA: _____ RESPONSABLE FARMACIA: _____
FECHA: _____/_____/____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE FIN: _____

N°	DESCRIPCIÓN DE CONDICIONES	Correcto	Puntaje
	I. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO ACEPTABLES		
1	Los medicamentos se encuentran ordenados de acuerdo a forma farmacéutica y/o orden alfabético	**SI**	
2	La infraestructura y tamaño del ambiente del servicio de farmacia es apropiado para el almacenamiento de los medicamentos	**SI**	
3	Los productos farmacéuticos están protegidos de la luz solar	**SI**	
4	Tiene termómetro ambiental o termohigrómetro	**SI**	
5	Los productos farmacéuticos están protegidos de la humedad	**SI**	
6	La temperatura es adecuada	**SI**	
7	Hay presencia de plagas dentro del servicio de farmacia	**NO**	
8	Cuenta con anaqueles o estantes suficientes	**SI**	
	II. GESTIÓN DE STOCK E INFORMACIÓN		
9	Tiene medicamentos vencidos y/o deteriorados en el servicio de farmacia	**NO**	
10	Aplica el principio PEPE (primero en expirar, primero en entregar)	**SI**	
11	Las Tarjetas de Control Visible (TCV) se encuentran actualizadas a la fecha	**SI**	
12	El stock físico coincide con el registro de la TCV	**SI**	
13	Utiliza la metodología de mínimos y máximos o de morbilidad para determinar su pedido	**SI**	

	de medicamentos		
14	El almacén regional o sub-almacén atendió todos los medicamentos solicitados según formatos mínimos y máximos	**SI**	
15	El almacén regional o sub-almacén atendió todos los medicamentos estratégicos solicitados según formatos de medicamentos para intervenciones sanitarias	**SI**	
16	Realiza su pedido de acuerdo al cronograma	**SI**	
	III. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS (Llenar la tabla de disponibilidad)		
17	Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de métodos anticonceptivos	**SI**	
18	Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de medicamentos para la **atención del parto**	**SI**	
19	Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de medicamentos para la atención de **emergencias obstétricas**	**SI**	
20	Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de medicamentos para la **atención del niño**	**SI**	
	IV. EXPENDIO		
21	Realiza el fraccionamiento de los medicamentos según procedimientos establecidos	**SI**	
22	Se utiliza la Receta Única Estandarizada (RUE)	**SI**	
	V. DOCUMENTACIÓN		
23	Tiene archivos ordenados de Guías de Remisión, ICI e IME	**SI**	
24	Tiene el Petitorio de Medicamentos	**SI**	
25	Tiene el Manual de Procedimientos Operativos del SISMED	**SI**	
	TOTAL PUNTAJE		

RESULTADOS

0 - 6	**Malo**
7 - 12	**Regular**
13 - 18	**Bueno**
19 - 25	**Óptimo**

Tabla de monitoreo de la disponibilidad de productos farmacéuticos y afines

Medicamentos		Stock Físico	CPM	Meses de Existencia Disponible	Observaciones
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS					
1	Etinilestradiol 20 - 30 µg + Levonorgestrel 150 µg, *tab*				
2	Medroxiprogesterona acetato (deposito) 150 mg/ml, *iny*				
3	Condón masculino sin nonoxinol				
MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO					
1	Cloruro de Sodio 0,9 % x 1000 ml, *sol iny*				
2	Oxitocina 10 UI/ml, *iny*				
3	Lidocaína sin preservantes 2%, *iny*				
MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS (KITs)					
1	Ampicilina 1g, *iny*				
2	Betametasona 6 mg, *iny*				
3	Clindamicina 600 mg, *iny*				
4	Cloranfenicol 1g, *iny*				
5	Cloruro de Sodio 0,9 % x 1000ml, *iny*				
6	Dexametasona 4 mg/ml, *iny*				
7	Dextrosa 5% x 1000 ml, *sol iny*				
8	Dimenhidrinato 50 mg, *iny*				
9	Furosemida 10 mg/ml x 2 ml, *iny*				
10	Gentamicina 80 mg/ml x 2 ml, *iny*				
11	Lidocaína sin preservantes 2%, *iny*				
12	Metamizol 1 g/ 2 ml, *iny*				
13	Oxitocina 10 UI, *iny*				
14	Poligelina 3.5% o 4%, 500 ml, *sol iny*				
15	Ranitidina 50 mg, *iny*				
16	Sulfato de Magnesio 200 mg/ml x 2 ml, *iny*				
17	Gluconato de Calcio 10%/10 ml				
18	Nifedipino 10 mg, *Tab*				
19	Metildopa 250mg, *Tab*				
20	Catéter intravenoso N° 18, *pza*				
21	Microgotero				
22	Equipo de venoclisis, *pza*				
23	Jeringa con aguja 5 ml 21x1½, *pza*				
MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO					
1	Amoxicilina 250 mg/5 ml, *sol*				
2	Bencilpenicilina benzatínica 600 000 UI, *iny*				
3	Bencilpenicilina sódica 1 000 000 UI, *iny*				
4	Bicarbonato de Sodio 8.4%, *iny*				
5	Cloranfenicol 250 mg/ 5ml, *sol*				
6	Cloruro de Sodio 0,9 % x 1000ml, *sol iny*				
7	Dextrosa al 5%/1000ml, *sol iny*				
8	Epinefrina 1 mg/ml, *iny*				
9	Furazolidona 50 mg/ 5 ml, *sol*				
10	Gentamicina 10 mg / 2ml, *iny*				
11	Sulfametoxazol/Trimetoprima 200/40 mg/ 5 ml, *sol*				
12	Sales de rehidratación oral 20.5 g / L, plv				
13	Solución polielectrolítica x 1000 ml, *sol iny*				

Medicamentos		Stock Físico	CPM	Meses de Existencia Disponible	Observaciones
VACUNAS					
1	Vacuna contra el tétanos, *iny*				
2	Vacuna contra la tuberculosis (BCG), *iny*				
3	Vacuna contra la Hepatitis B 10 µg pediátrico, *iny*				
4	Vacuna contra la poliomielitis oral (VPO, APO, OPV), *sol*				
5	Vacuna contra sarampión, rubeola y parotiditis (SPR), *iny*				
6	Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina, *iny*				
7	Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo B (HIB), *iny*				

Instructivo para el llenado del Formato de Evaluación del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
DIRESA	Anotar el nombre de la DIRESA a la cual pertenece el EESS
RED	Anotar el nombre de la Red a la cual pertenece el EESS
MICRORED	Anotar el nombre de la Microrred a la cual pertenece el EESS
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Anotar el nombre del establecimiento de salud donde se realiza la autoevaluación
RESPONASBLE DE FARMACIA	Anotar el nombre del responsable del Servicio de Farmacia del Establecimiento de Salud, quien realiza la autoevaluación
FECHA	Anotar la fecha de la autoevaluación (Día/Mes/Año)
NIVEL DE ATENCIÓN	Anotar el nivel de atención del establecimiento de salud
HORA DE INICIO	Registre la hora de inicio de la aplicación de la autoevaluación
ASIGNAR UN "PUNTO" POR CADA CONDICION CUMPLIDA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES	
I. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO ACEPTABLES	
1.Los medicamentos se encuentran ordenados de acuerdo a forma farmacéutica y/o orden alfabético	Verificar si los medicamentos se encuentran ordenados (en anaqueles o estantes) alfabéticamente o por forma farmacéutica
2.La infraestructura y tamaño del ambiente del servicio de farmacia es apropiado para el almacenamiento de los medicamentos	Verificar si los pisos, paredes y techos son de concreto y si el tamaño es apropiado en espacio para la cantidad de medicamentos con que cuenta el Servicio de Farmacia
3. Los productos farmacéuticos están protegidos de la luz solar	Verificar que el sol no caiga directamente sobre los productos almacenados en el Servicio de Farmacia
4.Tiene termómetro ambiental y/o termohigrómetro	Verificar la presencia de un termómetro ambiental y/o termohigrómetro en el Servicio de Farmacia. Verificar si es que se realiza el control y registro diario de temperatura y humedad
5.Los productos farmacéuticos están protegidos de la humedad	Verificar que el ambiente de farmacia tenga una humedad relativa de 65% +- 5%
6. La temperatura es adecuada	Verificar que el ambiente de farmacia tenga una temperatura entre 15°C y 30° C
7.Hay presencia de plagas dentro del servicio de farmacia	Verificar presencia de hormigas, cucarachas, roedores, otro tipo de insectos
8.Cuenta con anaqueles o estantes suficientes	Verificar que todos los medicamentos se encuentren ubicados en anaqueles. Verificar si son suficientes la cantidad de anaqueles o estantes
II. GESTIÓN DE STOCK E INFORMACIÓN	
9.Tiene medicamentos vencidos y/o deteriorados en el servicio de farmacia	Verificar las fechas de vencimiento de todos los productos que se encuentren en stock en el Servicio de Farmacia.
10.Aplica el principio PEPE (primero en expirar, primero en entregar)	Verificar que los medicamentos con fecha de vencimiento más reciente se encuentren en primera fila o adelante
11.Las Tarjetas de Control Visible (TCV) se encuentran actualizadas a la fecha	Verificar por muestreo que las TCV se encuentren actualizadas a la fecha de la autoevaluación.
12.El stock físico coincide con el registro de la TCV	Las cantidades registradas en las TCV coinciden con el conteo físico realizado (tomar como muestra a los medicamentos trazadores)
13.Utiliza la metodología de Mínimos y Máximos o de morbilidad para determinar su pedido de medicamentos	Verificar la existencia y el llenado de los formatos de Mínimos y Máximos en el Servicio de Farmacia.
14. El almacén regional o sub-almacén atendió todos los medicamentos solicitados según formatos mínimos y máximos	Comparar los ítems solicitados según los formatos de mínimos y máximos con los entregados según la Guía de Remisión.
14. El almacén regional o sub-almacén atendió todos los medicamentos	Comparar los medicamentos estratégicos solicitados según los formatos respectivos con los entregados según la Guía de Remisión.

estratégicos solicitados según formatos de medicamentos para intervenciones sanitarias	Anote el nombre de los medicamentos que no fueron atendidos, si fuera el caso.
15.Realiza su pedido de acuerdo al cronograma	Verificar la fecha del documento de solicitud de medicamentos con el cronograma establecido
III. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS	
16. Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de métodos anticonceptivos	Completar la Tabla de monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos, donde se encuentran las instrucciones. Calcular los meses de existencias disponibles dividiendo el stock físico entre el consumo promedio mensual. Si cuenta con dos meses o más está adecuadamente abastecido.
17. Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de medicamentos para la **atención del parto**	
18. Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de medicamentos para la atención de **emergencias obstétricas**	
19. Se cuenta con dos meses o más de stock disponible de medicamentos para la **atención del niño**	
IV. EXPENDIO	
20. Se utiliza la Receta Única Estandarizada (RUE)	Verificar que todos los pacientes atendidos tengan su prescripción en la RUE (demanda, SIS, Intervenciones Sanitarias, Exonerados, etc.)
21.Realiza el fraccionamiento de los medicamentos según procedimientos establecidos	Cuando se dispensa en forma fragmentada los productos presentados en blíster se conserva hasta el final del expendio la sección en la que se encuentran consignados la fecha de vencimiento y lote.
V. DOCUMENTACIÓN	
22. Tiene archivos ordenados de Guías de Remisión, ICI e IME	Cuenta con archivos de las Guías, los formatos ICI e IME de los últimos 2 años
23. Tiene el Petitorio Nacional de Medicamentos	Cuenta con PNME
24. Tiene el Manual de Procedimientos Operativos del SISMED	Cuenta con el Manual de Procedimientos Operativos del SISMED

B. TABLA DE MONITOREO DE LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS	
1. Stock Físico	Contar la cantidad del producto farmacéutico que se encuentra en el Servicio de Farmacia en el momento de la autoevaluación
2. CPM	Anotar el consumo promedio mensual de los medicamentos respectivos tomando como fuente el formato de mínimos y máximos del último mes o trimestre
3. Meses de Existencias Disponible	Calcular los meses de existencia disponible de cada medicamento. Se obtiene dividiendo el Stock Físico entre el CPM
4. Observaciones	Anotar según corresponda, la situación de cada medicamento: Desabastecido, Sub stock, Sobre stock, Stock normal, No rotación. Si hubo desabastecimiento y cuanto duró