USAID | PERU | POLITICAS EN SALUD

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Second Quarterly Report

April – June 2010

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

Acronyms

ARH	Ayacucho Regional Hospital
ANGR	National Assembly of Regional Governments
CIES	Consortium for Social and Economic Research
CPT	Current Procedural Terminology
CTIN	National Health Insurance Implementing Committee
CTIR	Regional Health Insurance Implementing Committee
DARES	Strategic Resources Management Directorate
DIGEMID	Health Supplies General Directorate
DISA	Sub-Regional Health Directorate
DGSP	Persons-Health General Directorate
DO	MOH Decentralization Office
HIS	Health Information System/s
HHR	Human Resources for Health
IHC	Intergovernmental Health Committee
IT	Information Technology
ILO	International Labor Organization
M&E	Monitoring and Evaluation
MCH	Maternal and Child Health
MCLCP	Concerted Group for the Reduction of Poverty
MEF	Ministry of Economics and Finance
MOH	Ministry of Health
NDI	National Democratic Institute
NGO	Nongovernmental Organization
OGEI	Statistics and Informatics General Office
PAHO	Pan American Health Organization
PCM	Prime Minister's Office
PEAS	Essential Health Insurance Plan
RG	Regional Government
RHD	Regional Health Directorate
SRHD	Sub-Regional Health Directorate
SD	Decentralization Secretariat
SGP	Secretariat of Public Management
SIAF	Integrated Financial Management System
SIGA	Integrated Management System
SIS	Integrated Health Insurance Program
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico - Quirúrgicos
UHI	Universal Health Insurance
USAID	United States Agency for International Development

Contents

Acronyms 3

Contents 4

Executive Summary 5

1. Progress 9

   1. Health Sector Governance 9
   2. Health Sector Financing and Insurance 16
   3. Health Information 22
   4. Health Workforce 25
   5. Medical Products, Vaccines and Technologies 31

2. Results Reporting Table 36

3. Planned Activities July – September 2010 42

4. List of Upcoming Events 51

5. Collaboration 52

6. Appendix 52

The second quarter of the project was intensive in the implementation of activities at the regional level, maintaining close working relationships and coordination at the national level with the Ministry of Health (MOH), Ministry of Economics and Finance (MEF), National Authority of Civil Service (SERVIR) and international cooperation partners.

With the MOH, the governance team interacted with the Decentralization Office (DO) that acts as Technical Secretariat of the Intergovernmental Health Commission (IHC); the project provided technical support to three of the IHC working groups, in the areas of decentralization, health human resources and financing. As well, the governance area initiated a technical discussion with the Persons-Health General Directorate (DGSP) for the design of the primary health care model that will be validated in one of the project regions, in alliance with the USAID|Peru|Health Quality Project.

Also with MOH, the financing team interacted with the Planning and Budgeting Office, providing technical assistance in the issues related with health insurance and budget justification; the project also fostered the coordination between this office, Health Promotion General Directorate and MEF regarding the implementation of the Incentives Program addressed to local governments for the accomplishment of specific health targets. The project information team initiated the discussion of information standards with MOH DGSP and Statistics General Office (OGEI), and is providing technical advice in the assessment of the medical procedures catalogue. The human resources team is working close to the MOH Human Resources General Directorate and SERVIR, in the discussion of competencies methodologies, the proposal of the health career path, the strengthening capacities plan, and the planning and management system that could be implemented at the regional levels. The project team in charged of medical products has also interacted with the MOH Health Supplies General Directorate (DIGEMID), and aware them on the health supplies diagnosis conducted in 6 project regions. A specific assistance to a technical committed of the MOH was provided by the project M&E area, in the assessment of

the health targets included in National Development Plan 2021 elaborated by the National Planning Center (CEPLAN); based on this technical work, the MOH will sent the revised targets to CEPLAN

Other main activities at the national level, includes the technical support provided to the National Assembly of Regional Governments (ANGR) in specific financial issues, and to the political parties promoter group, for the assessment of policy agenda implementation, identification of next government period priorities and dialogue with citizens. Important alliances were established with the Belgium Embassy and PAHO in support of political parties' dialogue; with the World Bank for the discussion of the health financing law proposal; with the USAID|Peru Health Quality Project for the implementation of a joint intervention in San Martin; and with ParSalud to foster synergies in Apurimac, Ayacucho and Huanuco.

At the regional level, the management team completed the formal presentations of the project scope of work in Huanuco and La Libertad; and prepared short intervention plans in two additional regions –Cajamarca and Lambayeque- where their regional governments were willing to have the project intervention assuming the costs of the regional advisors and specific activities. The governance team continued providing support to San Martin regional government (RG) in the implementation of its reorganization plan and to La Libertad RG in the approval of its new reorganization; in Apurimac, Ayacucho and Cusco, the team initiated the discussion and design of the health networks organization. Under this component, the project foster policy dialogue between political parties running for regional elections, thru promoter groups formed under the MCLCP. The financing team met with the regional health insurance Committee (CTIR) in Apurimac and Ayacucho, to identify the required technical assistance for universal health insurance implementation. This team –jointly with governance team- also supported the dissemination of MEF Incentive Program among regional authorities in Ayacucho, Cusco, Huanuco, La Libertad and San Martin; participated in these same regions in MEF budget-per-results workshops addressed to local government planning teams; organized joint planning workshops with regional and local government authorities to promote the transparency of local budgeting processes focuses on child health targets.

The project information team began the formulation of regional health information action plans in Ayacucho, Huanuco, La Libertad and San Martin, which included updating of Galen-Hos software in Ayacucho and La Libertad and its introduction in Huanuco. The human resources team began the assistance to San Martin RG in the description of posts, related with competences; and the medical products team conducted regional assessments of the medicines and supplies system in six project regions, identifying the main constraints to medicines availability in health facilities

During the next quarter, the project will systematize the regional policy dialogue activities, and at the national level will foster the consensus among Lima Metropolitana candidates related with health decentralization. At the national level, will finish the health financing law proposal and promote a discussion about it; as well, will finish the elaboration of methodological guidelines for the elaboration of regional multi-year investment plans, the method for estimating physical gaps and human resources requirements, the procedures to design health management competencies for regional level, and will advance in the methodology to forecast medicines and medical supplies based in service portfolio.

In San Martin, the project shall validate the primary health care model, and in Apurimac, Ayacucho, Cajamarca, Huanuco and San Martin, will assist the RHD in the design and reorganization of health networks. In Cajamarca, La Libertad and San Martin, the project will provide technical assistance to the RHD and selected local governments in the implementation of local decentralization processes.

Elaboration of regional health accounts shall start in six regions; in Cusco-VRAE the project shall provide technical assistance in the elaboration of UHI work plan, and in Apurimac and Ayacucho, in the estimation of physical gaps to accomplish UHI. In Apurimac, Ayacucho, Huanuco, La Libertad and San Martin, the project will asses the programming process related with the achievement of health goals under the implementation of MEF program for local government incentives.

In Huanuco, La Libertad and San Martin, the project shall complete the diagnosis and proposal for the optimization service provision data flow between the different organizational levels of the RHD; and will continue the updating and installation of GalenHos.

In the area of health human resources (HHR), the project will start the discussion of the regional planning and management system in Cusco and Huanuco, and in San Martin will assist the RHD in the definition of managerial competencies, the elaboration of performance standards and the evaluation tools for selected key competencies.

Finally the medical products component will update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability of medicines in Apurimac, Ayacucho, Cusco, La Libertad and San Martin; in Apurimac will assist the RGHD in the definition and monitoring of the distribution network, and in Ayacucho, Cusco, Huanuco and San Martin will strengthen RHD capacities to plan and forecast medical products requirements to be included in national purchase of medicines.

1. Progress

The second quarter of the project was intensive in the implementation of activities at the regional level, maintaining close working relationships and coordination at the national level with the Ministry of Health (MOH), Ministry of Economics and Finance (MEF), National Authority of Civil Service (SERVIR) and international cooperation partners.

Within the MOH, the project is providing technical assistance to different General Directorates, General Offices and working groups, in almost all of the project areas, governance, financing, information and human resources. At the regional level, two additional regions were included with short specific work plans –Cajamarca and Lambayeque-. The different project components visited all the regions, and provided technical assistance thru meetings with the managerial teams and workshops with the operational teams. Moreover, the promotion of policy dialogue among political parties included public foros with civil society groups in all of project regions.

A brief description of the progress of the different activities per component is presented below.

1. Health Sector Governance

1.1. Strengthen and expand decentralization of the health sector

In this quarter the project has held several meetings with MOH Decentralization Office (DO) aimed at defining areas for technical support to this Office, with the purpose of strengthening decentralization process of the health sector. Project technical assistance was focused in the development of the Health Decentralization Plan for Middle Term (2010 – 2015), local health decentralization, functioning of the Intergovernmental Health Committee (IHC), and competencies and functions delimitation in the health sector. Currently, MOH has approved a health decentralization road map. This document is the framework for the IHC work plan,

although it is a generic document which doesn't specify strategic objectives and goals for the middle term.

1.1.1 Promotion of political parties' dialogue on health

During this quarter, the project provided technical assistance to the promoter group of political parties, at the national level, in the elaboration, discussion and former approval of the work plan for this stage of policy dialogue, which included three activities:

- Dialogue among political parties to analyze the progress and constraints in the implementation of the health agenda prioritized for 2006-2010, and to define priorities for the next national government.
- Dialogue between political parties and citizens to gather their opinions and main concerns related with policy priorities for the new governmental period.
- Dialogue to reach a consensus about the health decentralization process in Lima Metropolitana, which to date is the only region that has not received yet the transference of health functions.

To analyze the progress in the implementation of the health agenda, the political parties attended three meetings where they could dialogue with different actors from the public sector (MOH, Social Security Instituted and the Ombudsman Office) and some civil society organizations (CIES, MCLCP y FOROSALUD). The different perspectives from these actors were presented to the political parties, and were considered inputs for the current period balance and for the elaboration of a common agenda for period 2011-2016.

The promoter group also discussed about the different methodologies to conduct a dialogue with citizens, and finally approved a work plan with two approaches: to use the social networks thru internet, and to conduct person to person dialogue in a central foro to be conducted in Lima. Both approaches will be implemented in July (Appendix 1).

The promoter group also elaborated a proposal (Appendix 2) for the conduction of policy dialogue about Lima´s decentralization, which is of great importance given that

the regional elections will be held by October 2010, and new authorities will be elected in Lima. The proposal includes the urban health perspective of PAHO.

At the regional level -La Libertad, San Martin, Ayacucho, Cusco, Cajamarca and Huánuco- the Project fostered the organization of local promoter groups for policy dialogue in health, most of them related to the MCLCP, and provided technical assistance in the elaboration of their activity plans. In La Libertad, Cusco and Huánuco, dialogue started based on the priority issues previously selected by the political parties; in San Martin and Ayacucho, because they already had a previous analysis of health issues, they are currently elaborating their consensus document.

At the national level, the political parties are in the final stage to sign the agreement document related with policies to mobilize funds to guarantee universal health insurance.

1.1.2 Reorganization of Ministry of Health (MOH)

Under USAID's request for technical assistance to the ANGR for the revision of the distribution matrix of health functions and the new MOH organization law, advances have been scarce because MOH hasn't finished the elaboration of these documents. Moreover, although this issue was included in the work plan of the Intergovernmental Health Committee (IHC), MOH and PCM have only completed the revision of MOH functions. The project has held a meeting with the ANGR to exchange information and opinions on this issue: the ANGR has accompanied PCM in the agreement of functions matrixes in two sectors, none of these are related to social development. On the other hand, MOH Decentralization Office (DO) has been reformulating the health functions of local governments, with project methodological advice

1.1.3 Functioning of the Intergovernmental Health Committee (IHC)

The Intergovernmental Health Committee (IHC) has been very active during this quarter. Its annual work plan was approved in its extraordinary meeting held on March 19th and 20th. The project's role was to support MOH in the elaboration of technical proposals and in the organization and facilitation of IHC meetings. In this context there were several meetings:

- The first held on March 31st to debate the Integrated Health Insurance Program (SIS)'s debt to regional governments for health care reimbursements. The financial team of the project supported these activities.

- Additionally, in the issue of human resources management, there were three meetings: on May 11th, June 10th and 11th for the revision of National Plan for Institutional Capacities Strengthening (the last one with regional participation); and on May 24th to define a chronogram for the elaboration of health career and propose a norm for human resources redistribution at different levels. These products were presented the ordinary meeting for their approval. The project Human Resources team supported these activities.

- On June 11th and 12th at Tarapoto, to debate about issues and experiences on Regional Governments and RHD reorganization processes. In this meeting, four experiences were presented, including San Martin´s and Cajamarca´s, which were supported by previous USAID projects. The project Governance team supported these activities.

- On June 25th y 26th there was the IHC ordinary meeting with the following agenda: guidelines and mechanisms for RHD reorganization, National Health Plan for Strengthening Institutional Capacities, Middle Term Health Decentralization Plan and Health Public Career. For the first point, the assembly didn't approve any guideline and this issue will be debated in the next meeting. For the second issue, the assembly approved the plan. For the third, the MOH-DO presented an analysis of the consistency of health sector rules to the legal decentralization framework; the recommendations of this consultancy will be assumed by MOH. Additionally, the assembly approved a work plan for the elaboration of a proposal on Health Public Career.

1.1.4 Reorganization of Regional Health Directorates

The Governance team has supported the implementation of San Martin RHD new organization, as part of the agreements achieved with the regional government.

- The elaboration of 2010 annual implementation plan of RHD new organization design (Workshop held on April 8th, technical meetings and technical assistance).

- The formulation of RHD internal organizational documents (Analysis of occupational positions and Personnel Assignment Cadres) in key units: a) Institutional Development Office and Health Care Office (workshop held on April 22nd and 23rd); Health Network and Micro Network (workshop held on May 13th and 14th); and, Health Sector Regulation Office (May 18th).

- The induction of the Health Sector Regulation Office staff about the legal framework of decentralization process and especially in the delimitation of functions between the three governmental levels in the area of health sector regulation. This activity was also supported by the National Environmental Health Office (its director and a consultant) (Workshop held on May 17th).

- The validation of the up-date technical proposal of the health care model, with the attendance of Health Care Office officers and Health Network management teams. Additionally, the MOH Persons-Health Office also participated (Dr. Luis Miguel Leon, director of the Integral Health Care Office, and Ivons Sanchez, an officer from Health Services Office). (Workshop held on June 17th and 18th).

On the other hand, in La Libertad, the Governance team has had several meetings with RHD management team to give them technical inputs for the revising and documentation of the new RHD organizational structure (RHD By-laws and support report) in order to answer to the Regional Government queries to the documents sent for approval. Additionally, we attended a technical meeting with regional government officer (Institutional Development Office) to review the details of Regional Government's inquiries and possible adjustment options of the RHD organizational structure. Finally, the RHD sent these documents to the Regional Government for the approval of the new RHD organization.

In other regions, the Governance team has held technical meetings with Regional Governments and RHD officers, in order to agree with them on their reorganization plans either of the RHD, or of the Health Networks and Micro networks:

- Cuzco: On May 31st, we attended a technical meeting with the Regional Government (Social Development Office functionary) and RHD officers in order to agree with them the range, scope and methodology of project's technical assistance on RHD organizational redesign. During this year, the project will give

technical assistance to the RHD in the formulation of a new organizational redesign; they committed to constitute a specific commission for that purpose.

- Apurimac: On June 7th and 8th the Governance team held a workshop to present the range and scope of the Health Networks organizational process and elaborated with the RHD a work plan for the re-delimitation of Health Networks and Micro Networks. The RG Social Development Manager informed of the purpose of the organizational changes launched last year at RHD level by the RG, mentioning that Abancay RHD and Andahuaylas SRHD had been conceptualized only as health provision organizational units and not as stewardship ones. The presentations of the different Health Networks evidenced the weakness of these units. Finally, we agreed with the RG that the project technical assistance for this year will be focused on re-delimitation of Micro Health Networks.

- Ayacucho: On June 13th the Governance team held a technical meeting with RHD officers aimed at presenting the range and scope of the Health Networks organizational process; who were very interested in the project technical assistance. Although, after that we had a meeting with RG Social Development and Planning officers and they mentioned that the Regional Government was going to approve a re-organizational proposal of Provincial Management Unit, integrating health, education and other sectors. In this context, the project should orientate its technical assistance within this framework. The project is waiting for RG resolution to begin technical assistance activities.

The Governance team has initiated the elaboration of a technical report for the up-dating of the health care model; advancing its health services provision component in this quarter. This activity is being development in coordination with MOH Persons-Health Office and the USAID / Peru / Calidad en Salud Project, with a validation area in San Martin.

1.1.5 Design and implementation of local health decentralization pilot experiences

This quarter the advances in local health decentralization were scarce:

- San Martin: The Project held two meetings in Tarapoto and one at site office to make a balance of pilot development and define different options for it. The RHD will communicate its decision to the project.

- La Libertad: Although, the Local Health Board of Huamachuco decentralization pilot was constituted by a Regional Government Ordinance, its functioning was not supported actively by RHD, determining its progressive detention. The new RHD director has expressed his will for strengthening the local decentralization pilot, beginning in a district of Huamachuco, Sarin.

- Cajamarca: The project has begun to support the implementation of the local health decentralization pilot in Cajamarca, specifically at Celendin. In the first activity in the beginning of July, the Regional Government, RHD and the Local Government will define the decentralization option to be implemented.

At national level, for the strengthening of local health decentralization, the project has held several meetings with MOH DO, achieving the following agreements:

- With the current health decentralization local pilot, we agreed to have technical meetings with the RHD to define the arrangement mechanism to operate it (delegation or de-concentration). For this purpose, the Governance team will support MOH DO in the formulation of the work methodology to apply in the mentioned activities.

- Additionally, the project will give technical opinion of the new proposals of local health decentralization.

- Finally, the project will support the elaboration of a technical guideline to delegate some basic functions to local governments at national level.

1.2 Develop and implement national and regional anticorruption plans for the health sector

The focus of this activity was implemented in Huanuco, where the project presented the methodology to conduct a diagnosis of the main corruption areas of the regional health system. The implementation of an anticorruption plan in the region is being fostered by the regional Social Development Directorate.

During this quarter, the Peruvian health system faced three main challenges:

1. The **mobilization of financial resources** for the implementation of the Universal Health Insurance (UHI) Policy in pilot sites.

2. The implementation of the **Incentive Plan to Improve Local Governments Management** (PI), an innovative mechanism to allocate resources to the Local Governments based on monetary incentives. This program seeks to (a) Increase the level of municipal taxes collection, in order to reach financial sustainability, and (b) improve the quality of municipal expenditures in order to reach effectiveness and a focus in national priorities, like infant chronic malnutrition, thru the implementation of results-based budget at the municipality level.

3. The implementation of the **Universal Health Insurance by-law** approved on April 2010 (Supreme Decree 008-2010-SA)

Regarding the former, the MOH has not succeed in negotiating with MEF the transference of NS/ 128 million obligatged to Apurimac, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Lambayeque and San Martin, delaying the implementation of the UHI policy in these areas. Several factors explained the above result, such as (a) lack of institutional capabilities to negotiate financial resources with MEF and (b) lack of institutional capabilities to explain the financial fundamentals that support the UHI policy formulation.

Although the funding of the UHI policy still is a priority in the MOH agenda, as stated by the Minister of Health at the Second Extraordinary Meeting of the Health Intergovernmental Committee held in Callao last May, in this early stage, the MOH is focusing its efforts in mobilize resources for the implementation of the UHI in Lima. This decision is supported by MOH's beliefs that (a) the implementation in Lima is less expensive and (b) because Lima exhibits better conditions for its implementation, in terms of health services organization, information flows, availability of human resources, among others.

With regard to the PI, the amount expected to be allocated to the Local Government this year is approximately NS/ 700 millions and is conditioned to the accomplishment of some health goals. However, to reach this level of funding is required the implementation of several organizational arrangements, involving coordination mechanisms between Regional and Local Governments to set health priorities and goals, joint programming, the definition of local functions related with primary health care management and health promotion, monitoring mechanism, among others.

Finally, the Universal Health Insurance by-law requires the design and operation of several organizational arrangements, linked to (a) the implementation of PEAS by the health insurers and providers, (b) data standardization, (c) corporative purchasing, (d) supervisory competencies, (e) high-cost illness fund, (f) human resources strategic plan, (g) accreditation and categorization, among others.

In this context, the Health Financing & Insurance component of the project focused its activities in this quarter to (a) provide assistance to the MOH, through the Health Intergovernmental Committee, in the formulation of a negotiation strategy (b) provide technical assistance to Regional and Local Governments to design a joint programming strategy regarding the financial resources required in 2011 to achieve the health goals specified in the PI and (c) provide technical assistance to the MOH for the implementation of the UHI by-law in selected topics.

2.1 Improve health coverage of poor and vulnerable populations

2.1.1 Implementation of health insurance pilot sites

During the quarter the Project worked closely with members of the Financing Group of the Health Intergovernmental Committee (CIGS) in setting the agenda of the Second Extraordinary Meeting. The aim of this meeting was to discuss main financial problems that constraints health care provision at the regional level, including the funding of the UHI policy, and to identify alternative solutions. At the Second Extraordinary Meeting held in Callao last May, 24 Regional Health Directorates as well as the representative of the managerial team of the MOH reached to several agreements (Appendix 3), and the project agreed to collaborate with this agenda providing technical assistance to the Human Health Division and the Planning & Budgeting Division of the MOH. Specifically, the project commitments include:

1. Review and adjust the categorization; accreditation and organization of health networks norms,

2. The elaboration of the proposal of Health Financial Law (see 2.2.1),

3. Participation in the elaboration of a negotiation strategy with MEF by providing technical information regarding the PEAS formulation and costing,

4. Promoting a more active participation of the ANGR in financial and health insurance issues through the inclusion of a permanent representative in the Technical Secretariat of the National Implementing Committee (CTIN). Furthermore, the project is providing technical assistance to the ANGR for the formulation of a proposal of Regional Health Budget-2011.

Despite the lack of resources for the implementation of UHI policy in pilot zones, some regions such as, Apurimac and Ayacucho, have decided to move on the implementation of a prioritized key processes/ activities included in their **UHI implementation Plan.** In this context, the project is providing technical support to these regions for (a) the definition of health networks and micro networks (see Health Sector Governance), (b) the definition of human resources competencies profiles for managerial positions (see Health Workforce), (c) improvement of drugs programming and planning methodology (see Medical Products, Vaccines and Technologies) and (d) the formulation of the multi-year health investment plan. Regarding the latter, the project is collaborating with the Planning & Budgeting Office of the MOH to review and adjust the methodological guidelines of the multi-year health investment plan (including analytical framework and formulation tools) which will be validated at the regional level in August 2010.

<u>Other activities related with the UHI implementation process</u>

Upon request of the Human Health Division (DGSP) of MOH, the project is adjusting the tools developed under USAID/Peru/Promoting Alliances and Strategies project for the costing of the proposal of the Essential Health Insurance Plan (PEAS) according to the final list of health conditions and medical procedures included in the legal norm that approved PEAS (Supreme Decree Nº 016-2009-SA). The adjusted cost will be used by the Planning and Budgeting Division of MOH to set tariffs and fees for (a) payment to health public providers by SIS and (b) selling health services to the Social

Health Insurance (EsSalud) and private health insurance. The adjustment of the costing tools is expected to be concluded in July 2010.

During the quarter, the project has broadened the technical assistance for the implementation of the UHI policy to other key players, such as EsSalud. The initial agenda of technical assistance includes:

1. The standard costing of PEAS according to EsSalud cost structure. This benefit plan will be launched in July 2010 and will be offered to new insured population under the voluntary contributive scheme. According to preliminary results, the risk premium value for EsSalud exceeds 1.5 times the cost of PEAS for the public sector due to wage differentials.

2. The formulation and standard costing of PEAS-EsSalud, which includes additionally 200 diagnosis that are currently financed by the National Health Insurance through the Minimum Plan (*Plan Mínimo*) This plan will be offered to the current population insured under the voluntary contributive scheme.

3. The formulation and standard costing of PEAS-plus, which includes additionally 700 health conditions linked to high-cost interventions. This plan will be offered as a complementary health insurance package.

The activity 1 has been concluded while activities 2 and 3 will start on July 2010 with training sessions regarding Evidence-based medicine methodology. This methodology will be useful for the identification of cost-effective intervention to be included in the above health benefit plans.

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

Elaboration of proposal of law of health financing

As part of the technical assistance to the CIGS, the project has started the elaboration of a proposal of a Health Financing Law. This law aims to provide sustainability of the health insurance reform as well as to improve efficiency in the allocation of resources by clarifying formal rules regarding the main health financing

functions: revenue mobilization, pooling and strategic purchasing. This proposal include (a) an explicit gradually growth rate of public health expenditures to fulfill the financial requirement for the implementation of PEAS and a prioritized high-cost intervention, (b) programming rules of the financial resources of the Public Health Insurance based on actuarial risk criteria, (c) a government-funded reinsurance to pay high-cost medical claims, (d) definition of explicit payment mechanism for outpatient and inpatient health services, among others. The proposal will be validated with key actors during the upcoming month (July-August) and presented to the Minister of Health in a national seminar next September.

Implementation of the Incentive Plan to Improve Local Governments Management (PI)

During the quarter, the project elaborated a joint programming strategy (see Annex 4) which allows Regional Governments along with Local Governments to coordinate, for a particular area, goals, strategies and financial resources for the health priority included in PI linked to infant chronic malnutrition. This strategy includes the following stages:

1. Technical meetings with key actors (RG / Regional Health Directorate and Local authorities) to inform scope of the Local Incentive Program

2. Workshop with RG and local authorities to reach political agreements regarding the implementation of Local Incentive Plan

3. Joint programming workshops with RG and local authorities: Diagnosis and evaluation of health targets included in the Local Incentive Plan

4. Joint programming workshops with RG and local authorities: Budgeting of preventive health interventions at the local level.

5. Joint programming workshops with RG and local authorities: Consistency and adjustment of institutional budgeting according to financial ceiling

6. Monitoring

This methodology is being applied in 4 regions with the aim to plan the 2011-Regional Health Budget linked to child nutrition activities. The current status of the application of this methodology is described in the below table.

Table 1: Joint programming activities, participants and current status

Stage	Ayacucho	Huánuco	La Libertad	San Martin	Cuzco
General Information	Regional Government	Regional Government and Regional Health Directorate	Regional Government and Local Government (Sanchez Carrion Province)	Regional Government and Commonwealth of Bajo Huallaga and Rumizapa	Regional Health Directorate and 40 Local Government
Political Agreement	Regional Government Juntos 53 Local Governments	Regional Government 20 Local Government	Regional Government and Local Government (Sanchez Carrion Province)	Regional Government and Commonwealth of Bajo Huallaga	Not initiated
Diagnosis and Health Target	Regional Government Juntos 27 Local Governments	Regional Government 15 Local Government	Regional Government and Local Government of Sarìn	Regional Government and 4 Local Government	
Budgeting	Not initiated	Not initiated	Not initiated	Not initiated	Not initiated
Consistency and adjustment	Not initiated	Not initiated	Not initiated	Not initiated	Not initiated
Monitoring	Not initiated	Not initiated	Not initiated	Not initiated	Not initiated

Base on the PI, it is expected that local governments' resources shall address health promotion, in the so call product "healthy families, communities, schools and municipalities" which already is part of the Nutritional Program focused by government results-based budget. However, the definition of the activities linked to health promotion at the local level were not defined, hence the project in articulation with MEF and other agencies, promoted its definition by MOH-Health Promotion General Directorate.

The second quarter of 2010 has been marked by the beginning of field activities in six regions, and the continuation of the activities already planned with the MOH. Relevant partnerships with public institutions (EsSalud) and cooperating agencies (PAHO, PARSALUD) have been started and it is expected that important synergies can be obtained in key issues such as the design of the primary care – health information system and in the health standards updating process. Generally speaking, there is a widespread acceptance across regions that current health information systems are outdated, and that there is need to develop and implement modern information systems aligned with the ongoing decentralization process and the health insurance reform.

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

During this quarter the MOH (through the OGEI and DGSP) has launched the technical validation process for the medical procedures standard. This standard based in the American CPT (Current Procedural Terminology) is to replace the previous MOH catalogue for medical procedures, based on CPT 2004. The proposal is based on CPT 2008, and it is envisaged to endure for at least 5 years. The MOH has asked the Project its technical assistance for the systematization of suggestions handed during the validation period. Also the Project has been asked to provide its input in order to ensure the internal and external validity of the standard. Currently the Project is performing the revision of the MOH's document.

As an example, the Project has started co ordinations with EsSalud officials to know EsSalud's institutional approach into the implementation of health data standards, particularly, regarding the medical procedures standard. Although EsSalud also uses CPT as its medical procedural standard, the year of reference is 2010 and may pose a challenge into the implementation of the MOH's proposal, which in turn, seems to have broad acceptance across public and private institutions.

An emerging topic in the agenda has been the identification of a new demand in the development of standards. It concerns the development on interoperability standards

for health data. These standards are at the core of information exchange between providers, financing agencies and supervising institutions, since they settle not only the “vocabulary” to be used in the transactions (i.e. already approved health data standards) but also the “grammar” to be used to exchange these data. It seems evident from the meetings held with the OGEI, that HL7 (Health Level 7) interoperability standards and XML format may be the basis of the development of the standards. This fact has been tacitly confirmed in a meeting held with the e-Government office at the Prime Minister Office, since the approach that they have is to support the initiatives taken by specialized sectors, in this case, the MOH.

The relevance of the development of interoperability standards has also been identified by PARSALUD project which is making an exploratory analysis on the requirements for data transmission from health providers to the National Intendance of Health. The Project started building technical synergies with PARSALUD in order to put forward the discussion and definition of interoperability standards regarding the identification of health insurees. The technical agenda will be discussed and advanced with the MOH and SUNASA on the next quarter.

3.1.2 Development of regional plans to improve health information systems

The formulation of Regional Health Information Action Plans has been promoted in San Martin, Ayacucho, Huánuco and La Libertad. This process has been lead by the RHD and its statistics and informatics unit and is expected to be finished during the next quarter. The scope of the activities to be executed involve years 2010 and 2011. The content of regional action plans involve the activities related to the identification of strategic health indicators (regional and local), primary data sources needed to be used, data retrieval, electronic processing and the associated information analysis for decision taking. An important participation of health micro-network and hospital managers has been observed in San Martin, Ayacucho and Huánuco. In La Libertad, the technical process has been delayed due to the resignation of the former Director of the RHD. However, the new appointed Director has confirmed his support to the execution of this activity. In general terms, there seems to be a very positive attitude towards the modernization of health information systems across public health facilities. This attitude seems to be associated with the recognition of the direct link

between the quality of health provision data and the corresponding financing of the health facilities.

In fact, this recognition has prompted several facilities to identify as a need the development and implementation of modern health information systems both at the primary and the hospital level. Under this scenario, the presentation of GalenHos as an integrated health information application was welcomed and generated high expectancies in the aforementioned regions.

3.1.3 Design of GalenHos primary level and hospital level

Regarding GalenHos – Hospital version, this quarter has been intensive in the identification of improvement opportunities regarding the modules associated with pharmaceuticals management, and human resources management. Regarding the first one, a set of key indicators has been discussed and identified in order to implement a pharmacy balanced scorecard. This scorecard will be focused on the integrated management of pharmaceuticals in the facility and will go beyond the storage management monitoring. Regarding human resources, time programming of human resources will be standardized according MOH guidelines. This will allow the development of specific reports on the distribution, production and productivity of human resources at the health facility. Discussion meetings have been started with the finance component of the Project so as to allow the design and further development of a health insurance management module within GalenHos. This process will continue during the following quarter so as to allow the development of the corresponding module during quarter 3 and 4.

There has been an intense coordination with Ayacucho Regional Hospital (ARH) in order to identify improvement opportunities in the application. ARH has requested additional developments to GalenHos in order to enhance its role as management tool. For instance, one request involves the logical reconfiguration (division) of the pharmacy warehouse into three functional warehouses: regular warehouse, national strategies warehouse and donations warehouse. This improvement goes beyond the current SISMED regulations, which has not envisioned yet the operative difficulties posed by the existence of three different pharmaceutical stocks.

During this quarter, GalenHos has been presented in San Martin, Huánuco, Ayacucho, La Libertad and Cajamarca. The scope of the implementation of GalenHos involves for the period 2010-2011: San Martin, 2 hospitals; Huánuco, 5 hospitals; La Libertad, 7 hospitals; Cajamarca, 1 hospital. The implementation involves the critical appraisal and optimization of current patient processes of care, for instance in the patient admission, outpatient visit programming, patient clinical files management, among others.

Regarding GalenHos – Primary care, the design process has been started and will continue during quarter 3. The design process involves the analysis of current information needs from providers at selected RHDs, as well as from Lima based offices, e.g. MOH's national strategies, MOH's current HIS, SIS, among others.

4. Health Workforce

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

In order to ensure that all interventions are conducted with and through the appropriate central and/or regional/local authorities and with appropriate consultation of relevant counterparts and stakeholders, the project had an introductory meeting with the board of SERVIR[1], accompanied by our COTR. In this meeting, it was agreed a joint work with the Ministry of Health on matters related to the management system of health human resources and the definition of managerial competencies.

One of the agreements with SERVIR was our accompaniment to support DISA Lima Ciudad in the definition of managerial competencies towards decentralization.

In this context, during this quarte, the project:

- Has facilitated the rapprochement between SERVIR and the General Directorate for Management and Development of Health Human Resources and the Office of Human Resources of the Ministry of Health.

[1] SERVIR is a specialized technical agency, rector of the Human Resources Management System of the State, responsible for contributing to the continuous improvement of state administration by strengthening the civil service

- Has coordinated an exchange of experience in decentralization and reorganization among the project, DISA Lima Ciudad and Regional Government of San Martin.
- Has coordinated several meetings with the staff of the MOH and SERVIR in order to define specific issues for a joint work.
    - The MOH has shared its experience in the application of Functional Analysis in the definition of labor competencies for the first level of care.
    - The MOH discussed with SERVIR some strategies related to health positions and career path (”health career path”).

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

During this quarter the main interest has been directed to have a proposal to estimate the HHR gap; in this sense, it has been revised various technical references, including the proposed tools of WISN - Workload Indicators of Staffing Need (World Health Organization - WHO/HHRB / 98.2).

A technical proposal with the estimation methodology was defined along with the Financing team. It was also developed a proposal to gather and analyze information for the validation in the field with the project monitoring unit. Technical and participatory design of this methodology will be discussed and jointly approved with regional governments, taking into account the participation of the Ministry of Health. To this end, a task group was formed, in order to review the technical aspects of the working paper; this partnership will be very convenient for the MOH, because they have expressed their interest in the design of this experience nationwide.

This proposal will allow, in a simple and feasible way, to achieve a fairly accurate estimation of human resources gap for the implementation of the health insurance policy in primary healthcare, focusing on the micro-network as the unit of analysis. It is proposed to complete this design stage in July in order to begin the work with regional governments.

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

At the national level, during this quarter we held technical meetings with the MOH and SERVIR in order to discuss the framework used by SERVIR in the definition of the management processes involved in the public system. According to SERVIR´s proposal, the processes are:

a) Planning
b) Organization of the work (Design of posts, Definition of profiles)
c) Employment management (Recruitment, Selection, Retirement)
d) Performance Management (Planning and Evaluation)
e) Compensation Management (Monetary and non-monetary retribution)
f) Development Management (Promotion and Career path; Individual and Organizational learning).
g) Human Relations Management

Within this framework, the health sector has to define the specific processes related to health.

The project has initiated a conceptual discussion with the MOH in order to share a vision of an institutional HHR management system based on competencies. Under the decentralization process, the MOH is aware that the regions will define their own systems; for this, the MOH will organize workshops to discuss with the Regions and define together, processes and sub-processes that should be considered in the system and that will provide the framework for regional work. SERVIR will participate in these discussions.

On the other hand, the project is working with the MOH, in the design of a technical document that can serve as a reference for other regions that are not within the scope of the project. This document will consider lessons learned in the validation of the system in the project regions. At the regional level, the project will provide technical assistance to Huánuco and San Martin RHD in order to define their institutional health human resources management system, and provide feedback to the MOH. Once the proposal of the system is defined, the project will design with each RHD an implementation plan.

4.1.3 Policy dialogue regarding civil service policies in the health sector

The MOH installed the Intergovernmental Health Commission[2] (IHC) that aims to harmonize the implementation of national and regional policies in the framework of current legislation and to evaluate the performance of the shared conduction of health processes at both levels of government. “This area of analysis and dialogue constitutes a milestone in the decentralization process and reinforces the commitment that the functions are carried out between the central, regional and local governments, and thus allow a concrete advance in public health in the country” (Dr. Ugarte during the installation of the Commission).

In this setting, the IHC defined a work plan for 2010. One of the issues prioritized was “the improvement of the labor law to make it unique, fair and equitable”. A working group composed of the General Direction of Human Resources of the MOH and the RHD of Huánuco, Junín, Huancavelica, Moquegua, Madre de Dios, Cajamarca, Lambayeque y Arequipa was conformed in order to define a proposal of a “Health Care Path” law to be presented to the IHC in December 17th.

In order to lead this group, the MOH has defined a team in charge of the issue “Health Care Path”. The project worked with this team and provided technical assistance in the design of a roadmap. This roadmap was presented in two events organized in the framework of the IHC, and received important recommendations.

In addition, the project has facilitated the rapprochement between SERVIR and the MOH team through two meetings. At the first meeting, the civil servant responsible for public careers in SERVIR raised some recommendations regarding the scope of health care path; SERVIR reported that they will work for all the administrative career of public servants and that the MOH will need to define the health care path of all health workers. For the second meeting, all the managers of SERVIR were involved and agreed that SERVIR will participate in all activities regarding Health Care Path.

4.2 Ensure competency of workers in the health sector

This result is related to the implementation of the HHR management system based on competencies. The project will implement some processes of the system related

[2] Resolución Ministerial N° 871-2009/MINSA and Resolución de Secretaría de Descentralización N° 006-2010-PCM-SD

to ensure competency of health workers. These processes are: selection, performance evaluation and incentives.

The first step to implement the system is the definition of competencies, including performance standards and evaluation tools for each competency.

In general terms, competencies could be divided in three types: a) Organizational competencies (common for all the workers in the organization and are related to vision, culture, strategies and values); b) Transversal competencies (Common for a unit in the organization, related to group goals); c) Functional competencies (Individual competencies that must have all those performing a specific function or position within the organization. They are more specialized.)

Within Functional competencies in health, we can define: Technical competencies (related to health provision) and Managerial competencies (related to management)

The project will work in the definition of Managerial competencies, as a specific and functional competency. The project is coordinating with USAID/Peru/Quality of Care project so that they can be involved in the definition in technical competencies (clinical).

4.2.1 Development of management competencies for health networks and micro networks

The MOH has included in the 2010 work plan of the Health Human Resources General Directorate, the design of guidelines to be considered by regional levels to develop managerial competencies.

In this sense, based on the experience and lessons learned of 3 Regions (Huánuco, Pasco and Junín) in the development of clinical competencies for the first level of care[3], the MOH has designed two technical norms: 1) Competencies, Performance standards and Evaluation tools for 8 selected clinical competencies; 2) Guidelines to design competencies, standards and evaluation tools, using Functional Analysis. The project participated in the validation of these norms. But, the definition of managerial competencies needs to be discussed because clinical competencies can be evaluated through observation, but decision making process needs other tools.

[3] Competencies defined with the technical assistance of USAID/Health Policy Initiative project.

On the other hand, SERVIR is responsible for the definition of competencies profiles of eleven “type posts” defined in the Law N°29158 (Human Resource Management; Supplying; Public Budget; Treasury; Public Debt; Modernization of public administration; Accounting; Public Investment; Strategic Planning; State Judicial Defense; and Control). SERVIR is using the behavioral approach.

That is why, one of the key definitions regarding managerial competencies is the appropriated use of a methodology. According to the International Labor Organization (ILO), there are three approaches regarding competencies: 1) Behavioral: It emphasizes the characteristics and personal attributes. 2) Functional: Focuses on performance outcomes and defines minimum capabilities required to fulfill the functions of the organization. 3) Constructivist: Emergence of competencies from how mobilize them to overcome dysfunctions and achieve results. In the case of managerial competencies, ILO suggests both the functional and the constructivist approach.

During this quarter, at the national level, the project developed periodical technical meetings with the MOH and SERVIR in order to share conceptual frameworks regarding types of competencies and methodologies. The project has been preparing conceptual frameworks to help the MOH to analyze them and define a methodology to begin the validation at the regional level. MOH will work with Callao and Lima in order to discuss and validate tools and methodologies in order to define a technical norm for the national level. The project will work with the project regions to discuss with them the same issues developed with the MOH. One of the agreements with the MOH is related to the work; project will work with these regions in order to define, validate, and systematize lessons learned in the definition of managerial competencies, which will be taken into account by the MOH. For that purpose, the MOH will accompany the project work at the regional level.

At the regional level, the project held a workshop in Huánuco, with the participation of all the RHD managers, the University Dean, Professional Associations and the RG Chief of Human Resources The objective of this workshop was the presentation of a conceptual framework of managerial competencies and the validation of a proposal to prioritize the definition of such competencies in specific areas. The Regional team expressed the need to define competencies within the decentralization framework in

order to strengthen capacities to manage their new functions. For this reason, the proposal was to work with the 16 Functions and 125 Faculties transferred from the national level to the regional level. Since the 16 functions are very broad, it was decided to work based in the 125 faculties. Using criteria such as: a) Frequency, b) Importance; c) Difficulty, and d) Results of MED[4], the Regional team defined two areas to begin the definition of managerial competencies: a) Develop and implement strategic planning (administration and development) of HHR, in the context of sector policies and legislation; b) Managing and ensuring actions for comprehensive health care in their geographical area and in regard to the primary care level, in coordination with local governments. The next step will be the definition of managerial competencies related to a specific result at the primary level, according to one of the priorities defined by Huanuco Regional team.

Besides the coordination with MOH and SERVIR, the project is supporting ParSalud in the revision of training modules designed for a Diploma in Management at the Regional level (PREG).

5. Medical Products, Vaccines and Technologies

According to what was planned during the second quarter we contacted the Regional Health Authorities and initiated the activities considered jointly.

We began the task by using the methodology previously designed in the process of medical supplies assessment. From the findings, we began to design work plans and proposals that could have a positive impact on improving the availability of medicines and supplies at the health facilities.

As a working method, both the assessments of the processes as well as the plans or improvement actions were analyzed and drafted in conjunction with the RHD teams. The initiatives have to start from the regions, because they will be responsible for implementing them.

[4] MED: Monitor and Evaluation System for the Decentralization in Health

It is important to note that throughout this methodological process and to the extent possible, were involved both regional health authorities, such as Social Development Managers and Health Regional Directors, as well as line staff, managers and operators. The objective was to seek consensus on the findings, as well as political support necessary to implement the improvement proposals.

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

During the quarter, we completed the assessments of the Medical Products supply systems in the regions of Apurimac, Ayacucho, Cusco, Huánuco and San Martin. In La Libertad we began the evaluation process, but was considered appropriate to wait until the appointment of the new Directorate of Health. It is expected that this activity will take place throughout the next quarter.

To design action plans we followed three steps, first we performed an assessment, in conjunction with regional health officials, of the way they have been operating the drugs and supplies delivery system in their regions. Parallel meetings were held with designated counterparts in each region in order to know their perception of the problems and discuss what their expectations were.

As a second step, when the preliminary reports were prepared, further meetings were held with all staff and workforce involved in the process. The objective at this time was to validate the findings, which should clearly define the purpose of the whole supply process and clearly identify which were the factors that were barriers to achieve these results.

The final report, validated by officials and employees of the RHD, was delivered to the counterpart in the region and discussed with the project advisor in the region.

The third step was to develop workshops in order to identify the causes, not only on a first level, but also to explain the underlying roots at a primary or most fundamental level, of what had been considered inadequate management of drug supply.

On this basis, having identified the underlying root, we will hold workshops in order to define the action plans. This stage has already partially begun, as it is explained next. The project staff acted in these meetings as facilitators and methodological guides.

At the time of drafting this report, the diagnoses of the regions of Cusco and San Martin have been validated by the regions. The Apurimac already been delivered to the regional adviser and is under discussion with the Social Development Manager. Those of Ayacucho and Huánuco have been prepared, pending validation coming from the workshop with RHD officials. Cusco and San Martin reports are attached.

In the region of San Martín, we have already begun to take some action in accordance with the work plan. However it is important that these improvements are initiated within the implementation of the RHD reorganization. They need to be clearly defined functions at each organizational level, at the Regional, Networks and Micro Networks.

In the case of Apurimac, which identified the need to transfer the distribution of medicines and supplies to the micro networks, this will be defined within the design of Networks and Micro Networks organization, which is being undertaken by the governance component of the project.

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

The evaluations highlighted the need to improve the process of estimating and projecting the requirements of pharmaceutical products and medical supplies.

On one hand, those responsible for carrying out the calculations show a number of shortcomings that prevent the process to be improved. There are limitations in the statistical methodology used, inadequate demand model, low quality of information available, poor coordination between all areas involved and lack of a service portfolio at the micro networks levels.

On the other hand, there are obvious signs that indicate problems in the needs projection, such as inventory inconsistency, low quality of products available at the health facilities, physical inventory management problems and the perception of having low budgets for their purchases.

The proposal is to design a new system to project the needs based on a holistic approach that considers all health performance based processes. In this way, the proposed task is to develop pilot programs in certain micro networks that meet the organizational characteristics, production and human resources necessary to perform the following operations:

- A portfolio of services defined at the health facility, according to the PEAS and their operational capacity and the epidemiological characteristics of the target population.
- On the above results and linking treatments or conditions with required drugs and supplies, determine a list of essential medicines and medical supplies required at the micro network level.
- Then, before entering the process of developing a model to estimate the demand for medicines and supplies, it is necessary to improve the quality, timeliness and consistency of the information on consumption and inventory.

Without this step, it is very difficult to obtain reliable and accurate results for any estimation model. Then**,** they can move on to the modeling stage, for which already they will have a defined portfolio of services, demographic and epidemiological profiles associated, targets of supply of services, among others.

Then, and in a coordinated way with other areas of the RHD, the scheduling of the physical needs of materials should be properly reflected in the budget programming according to the availability of financial resources. The required medicines and medical supplies projections should be a joint effort of the micro networks, the areas of logistics, planning and economics. Currently, this joint effort is minimal.

For the design of this model, we formed a working group that includes all the components of the project involved in the design of the primary health attention model.

5.1.3 Systems running on a prioritized region, for use of transparent mechanisms on purchase of pharmaceutical products

During the assessments made in the regions, we have determined the existence of several indicators that point to the persistence of the lack of transparency in the transactions concerning the purchase and handling of medicines and medical supplies.

While higher-value purchases are made at the national level, through reverse auction mode, there are other purchases that are made in the regions and are not yet sufficiently transparent. In addition, there are several purchasing processes of medicines or supplies and equipment which are implemented at the regional level and are not being supervised and controlled in a comprehensive manner.

Although it is not extended to the six evaluated regions, in some workshops, we discussed this topic. Even when certain procedures were questioned by the medicines supply officials, those responsible for carrying them out were not able to justify them. Starting next quarter we should begin to coordinate activities with the project component responsible of anti corruption strategy.

Project Component, Activities and Sub-Activities	Location	QTR3 - 2010	Monitored 02/07/2010
Project Management			
Project planning, monitoring and reporting			
Coordination with MOH and regions	Central		Completed
Presentation of workplan with key RG counterparts	Regional		Completed
Presentation of workplan with key national partners	Central		Completed
Presentation of workplan with key regional partners	Regional		Completed
Quarterly monitoring meetings with staff	Central		Completed
Elaboration of quarterly progress reports	Central		
Health Governance			
Strengthen and expand decentralization of the health sector			
Promotion of political parties dialogue on health			
TA to Coordination Committee of national political parties to promote dialogue regarding the health agenda	Central		Completed
Support to the Coordination Committee for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Central		Completed
TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Ayacucho		Completed
Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Ayacucho		Completed
TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Cajamarca		Completed
TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Cusco		Completed
Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Cusco		Completed
TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	Huanuco		Completed
Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	Huanuco		Completed
TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	La Libertad		Completed
Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	La Libertad		Completed
TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	San Martin		Completed
Reorganization of MOH			
TA to PCM/MOH/ANGR to revise the distribution matrix of health functions and develop the new organization law of the MOH	Central		Initial
Promote the technical debate regarding MOH stewardship role among experts	Central		Initial

Functioning of the Intergovernmental Health Committee (IHC)			
TA to MOH to organize and facilitate meetings of the IHC	Central		Completed
TA to MOH and Regional Governments to reach agreements and coordinate activities in the IHC	Central		Completed
Reorganization of Regional Health Directorates (RHD)			
Up-date guidelines for the organization and management of health networks	Central		Completed
TA to Regional Government in the elaboration of Health Networks and Micro networks reorganization plan	Apurimac		Advanced
Workshops for the delimitation of Health Networks and Micro networks	Apurimac		Initial
Technical meetings with RHD and regional government to elaborate a reorganization plan of Health Networks and Micro networks	Ayacucho		Initial
Technical meetings with regional government to complete the approval, and documentation (By-laws and support reports) of the RHD and Health network reorganization	La Libertad		Advanced
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		Advanced
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		Advanced
Technical meeting with RHD for implementing their reorganization plan, which include key actors and stakeholders analysis, communication strategy, institutional arrangements	San Martin		Completed
Training of officers in key areas in RHD and health networks to improve organization and management of health services	San Martin		Advanced
Technical meetings with regional governments to complete the approval, and documentation (By-laws and support reports) of the health network reorganization to adapt to the decentralization process	Cajamarca		Initial
Technical meetings with RHD and regional government to elaborate a reorganization plan of RHD	Cusco		Completed
Technical meetings with RHD and regional government to elaborate a reorganization plan of Health Networks and Micro networks	Huanuco		Not initiated
Workshops for delimitation of Health Networks and Micro networks	Huanuco		Not initiated
Design and implementation of local health decentralization pilot experiences			
Elaboration of technical proposal for health functions transference to local governments	Central		Not initiated
Technical meeting with RHD to implement local health decentralization plans	La Libertad		Initial
Technical meeting with Regional Government in order to approve local health Pilot design at Celendin	Cajamarca		Initial
Technical meeting with regional government for elaborating local health decentralization plans in order to reactivate or design local pilots	San Martin		Initial
Technical meeting with Regional Government in order to approve local health Pilot design	San Martin		Not initiated
Develop and implement national and regional anticorruption plans for the health sector			
Elaboration and implementation of anticorruption plans			
TA for constitution of MOH task group for anticorruption proposal	Central		not initiated
Elaboration and validation of guidelines for anticorruption planning and implementation	Central		not initiated

TA to RHD for implementation transparency mechanisms the anticorruption plan	La Libertad		not initiated
TA for implementation mechanisms of civil surveillance the anticorruption plan	La Libertad		not initiated
Support Regional Government to elaborated diagnostic risks corruption in health sector	Cusco		not initiated
Presentation and validation of anticorruption plan guideline	Huanuco		initial
Health Insurance and Financing			
Improve health coverage of poor and vulnerable populations			
Implementation of health insurance pilot sites			
Public dialogue to inform scope and fundamentals of the UHI policy and dissemination of tools (including PEAS)	Central		Not initiated
TA to Social Security for the implementation of PEAS (semicontributive scheme)	Central		Initial
TA to the financing and health insurance group to formulate intergovernmental agreements for the implementation of the UHI policy	Central		Completed
TA to MOH/MEF to develop Logical Framework of UHI	Central		Not initiated
Workshops with MOH/MEF to validate Logical framework of UHI	Central		Not initiated
TA to MOH to elaborate and approve Logical Framework of UHI	Central		Not initiated
Elaboration of a methodological framework for the estimation of physical gap (infrastructure and equipment)	Central		Advanced
TA to MOH for the formulation and validation of a methodological guidelines for the elaboration of a multi-year investment plan	Central		Intermediate
Workshops to train Regional Advisors in the estimation of Regional Health Accounts	Central		Completed
Technical meetings with RG to prioritize activities linked to UHI implementation for the period 2010-2012	Apurimac		Completed
Technical meetings with CTIR members to prioritize activities linked to their UHI implementation for the period 2010-2012	Ayacucho		Completed
Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	Ayacucho		Completed
TA to the RHD in the organization of VRAE CTIR and elaboration of work plan	Cusco		Initial
Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	Cusco		Completed
Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	Huanuco		Initial
Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	La Libertad		Initial
Elaboration of Regional Health Accounts 2009	San Martin		Initial
Ensure efficiency and equity in health resource allocation			
MOH and MEF have defined a budget structure linked to PEAS for resource allocation to ensure equity.			
Stakeholder analysis regarding the formulation and approval of the Health Financial Law	Central		Initial
Constitution of health financing promoter group	Central		Completed
Technical meetings with MOH and MEF to define joint programming strategy for the implementation of Local Incentive Program	Central		Completed
Elaboration of joint programming methodology for the implementation of Local Incentive Program	Central		Completed
Technical meetings with key actors (RG / Regional Health Directorate and Local authorities) to inform scope of the Local Incentive Program	Ayacucho		Completed
Joint programming workshops with RG and local authorities: Diagnosis and evaluation of health targets included in the Local Incentive Plan	Ayacucho		Completed

Technical meetings with key actors (RG / Regional Health Directorate and Local authorities) to inform scope of the Local Incentive Program	Huanuco		Completed
Joint programming workshops with RG and local authorities: Diagnosis and evaluation of health targets included in the Local Incentive Plan	Huanuco		Completed
Technical meetings with key actors (RG / Regional Health Directorate and Local authorities) to inform scope of the Local Incentive Program	La Libertad		Completed
Workshop with RG and local authorities to reach political agreements regarding the implementation of Local Incentive Plan	La Libertad		Completed
Joint programming workshops with RG and local authorities: Diagnosis and evaluation of health targets included in the Local Incentive Plan	La Libertad		Completed
Technical meetings with key actors (RG / Regional Health Directorate and Local authorities) to inform scope of the Local Incentive Program	San Martin		Completed
Workshop with RG and local authorities to reach political agreements regarding the implementation of Local Incentive Plan	San Martin		Completed
Joint programming workshops with RG and local authorities: Diagnosis and evaluation of health targets included in the Local Incentive Plan	San Martin		Completed
Health Information			
Strengthen the capacity to collect, analyze, and use data in the health sector			
Update of national data standards of provider health information systems			
TA to the MOH for an implementation plan of updated national health data standards in provider health information systems	Central		Initial
Development of regional plans to improve health information systems			
Elaboration of methodology to design regional action plans	Central		initial
Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MOH (national health strategies)	Ayacucho		Completed
Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	Ayacucho		Completed
Rapid assessment of the provider health information infrastructure	Ayacucho		Completed
TA for the formulation of Regional Plans for the modernization of the health provision information system	Ayacucho		Completed
Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MoH (national health strategies)	Huanuco		initial
Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	Huanuco		initial
Rapid assessment of the provider health information infrastructure	Huanuco		initial
Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MoH (national health strategies)	Huanuco		initial
Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	Huanuco		initial
Rapid assessment of the provider health information infrastructure	Huanuco		initial
Identification of information needs at the provider level and RHD, SIS and MOH (national health strategies)	San Martin		advanced
Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	San Martin		advanced
Rapid assessment of the provider health information infrastructure	San Martin		advanced
TA for the formulation of Regional Plans for the modernization of the health provision information system	San Martin		completed

Design and implementation of GalenHos Primary and Hospital Levels			
Design of GalenHos-Primary Care (including micro-network)	Central		Intermediate
Migration of hospital GalenHos to a free access platform	Central		Initial
Design, development of new modules of GalenHos-Hospital (e.g. universal health insurance reports, pharmacy BSC)	Central		Initial
Maintenance of GalenHos-Hospital Care	Ayacucho		Intermediate
Technical meeting with RHD, Hospital Directors to design implementation plan of GalenHos-Hospital	Huanuco		Completed
Technical meeting with RHD, Hospital Directors to design implementation plan of GalenHos-Hospital	Cajamarca		Completed
Health Workforce			
A broad-based regional system for planning and managing the health workforce designed, approved and implemented			
Development of regional action plans to close HHR gap for implementation of PEAS			
Technical meetings to adjust the methodology to calculate needs of HR in ASEGURA	Central		Advanced
TA to MOH to apply HR module of ASEGURA as a methodology to define needs of human resources according to PEAS	Central		Intermediate
Elaboration of methodology to define the quantity and distribution of HR for level of care.	Central		Advanced
Design of a Regional Health Human Resources planning and management system for the public health sector			
Technical meetings with SERVIR and MOH in order to define key processes for planning and management system and align it to national policies	Central		Completed
Elaboration of training guidelines in HR management based on competences	Central		initial
Technical meetings with MOH in the elaboration and validation of a proposal of HR planning and management system	Central		Completed
Policy dialogue regarding civil service policies in the health sector			
Technical meetings with MOH in order to define a roadmap to design a proposal of civil service policies	Central		Completed
Ensure competency of workers in the health sector			
Development of management competencies for networks and micronetworks			
Technical meetings with MOH to define methodology and procedures to design management competencies	Central		Advanced
Elaborate training tools to define management competences profiles and evaluation tools for RHD/network/micronetwork management (addressing PEAS)	Central		Advanced
Workshop to define managerial competencies to RHD / network / micronetwork based on functions matrix	Huanuco		Initial
Medical Products, Vaccines and Technologies			
Improve capacities and policies at the national and regional level			
Development of regional action plans to improve the quality and availability of pharmaceuticals			
Technical meetings with DIGEMID/DARES to coordinate activities	Central		Completed
Elaboration of quick assessment tool	Central		Completed
Elaboration of methodology to design regional action plans	Central		Completed

Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Apurimac		Completed
Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Ayacucho		Completed
Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Cusco		Completed
Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	Huanuco		Completed
Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	La Libertad		Initial
Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	San Martin		Completed
TA to RHD to develop/update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability (including warehouses and distribution network)	San Martin		Completed
Strengthening of the enforcement of regulations for quality control and use of transparent mechanisms of registry and purchase of pharmaceutical products			
Proposal for a check list for quality control in drugs supply cycle	Central		Postponed
TA to RHD for the application of checklist for quality control in drugs supply cycle	Huanuco		Postponed

	Project Component, Activities and Sub-Activities	Qr 4 -2010
	Project Management	
	Project planning, monitoring and reporting	
	Quarterly monitoring meetings with staff	
	Elaboration of quarterly progress reports	
	Elaboration of annual reports	
1	**Health Governance**	
1.1	**Strengthen and expand decentralization of the health sector**	
1.1.1	**Promotion of political parties dialogue on health**	
	Central	
	Support to the Coordination Committee for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	
	Ayacucho	
	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	
	Systematization and dissemination of the results of policy dialogue	
	Cajamarca	
	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	
	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	
	Systematization and dissemination of the results of policy dialogue	
	Cusco	
	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	
	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	
	Systematization and dissemination of the results of policy dialogue	
	Huanuco	
	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	
	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	
	Systematization and dissemination of the results of policy dialogue	
	La Libertad	
	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	
	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	
	Systematization and dissemination of the results of policy dialogue	

	San Martin	
	TA to Regional Promoter Group of dialogue between regional political parties regarding health agenda	
	Support to the Regional Promoter Group for the organization of workshops and meetings to discuss key health issues	
	Systematization and dissemination of the results of policy dialogue	
1.1.2	**Reorganization of MOH**	
	Central	
	TA to PCM/MOH/ANGR to revise the distribution matrix of health functions and develop the new organization law of the MOH	
	Workshops to revise the distribution matrix of health functions and to develop the new organization law of the MOH with MOH and regional governments	
	Promote the technical debate regarding MOH stewardship role among experts	
1.1.3	**Functioning of the Intergovernmental Health Committee (IHC)**	
	Central	
	Support the elaboration of technical proposals on key national health policies to be debated in the IHC	
	TA to MOH to organize and facilitate meetings of the IHC	
	TA to MOH and Regional Governments to reach agreements and coordinate activities in the IHC	
1.1.4	**Reorganization of Regional Health Directorates (RHD)**	
	Central	
	Up-date guidelines for the organization and management of health networks	
	TA to MOH Decentralization Office in the elaboration and validation of regional and local level M&E tools (MED Salud)	
	Apurimac	
	TA to Regional Government in the elaboration of Health Networks and Micro networks reorganization plan	
	Workshops for the delimitation of Health Networks and Micro networks	
	Workshops for organizational designing of Health Networks and Micro networks	
	Elaborate a technical proposal of Organization By-laws of Health Networks and Micro networks and its support report on the basis of their organizational redesign	
	Ayacucho	
	Technical meetings with RHD and regional government to elaborate a reorganization plan of Health Networks and Micro networks	
	Workshops for organizational designing of Health Networks and Micro networks	
	Elaborate a technical proposal of Organization By-laws of Health Networks and Micro networks and its support report on the basis of their organizational redesign	
	San Martin	
	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)	
	Technical meeting with RHD for implementing their reorganization plan, which include key actors and stakeholders analysis, communication strategy, institutional arrangements	
	Design of an investment project prototype for regional institutional modernization and TA to RHD for its application	
	Training of officers in key areas in RHD and health networks to improve organization and management of health services	
	TA to the RHD to validate and apply regional Health Decentralization M&E tools	

	TA to the RHD to validate and apply local Health Decentralization M&E tools	
	Cajamarca	
	Technical meetings with regional governments to complete the approval, and documentation (By-laws and support reports) of the health network reorganization to adapt to the decentralization process	
	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)	
	Technical meeting with RHD for implementing their reorganization plan, which include key actors and stakeholders analysis, communication strategy, institutional arrangements	
	Workshops for delimitation of Health Networks and Micro networks	
	TA to the RHD to validate and apply local Health Decentralization M&E tools	
	Cusco	
	Workshops for organizational designing of RHD	
	Elaboration of a technical proposal for RHD organizational redesign	
	Workshops for organizational designing of Health Networks and Micro networks	
	Huánuco	
	Technical meetings with RHD and regional government to elaborate a reorganization plan of Health Networks and Micro networks	
	Workshops for delimitation of Health Networks and Micro networks	
	Workshops for organizational designing of Health Networks and Micro networks	
	Elaboration of a technical proposal of Organization By-laws of Health Networks and Micro networks and its support report on the basis of their organizational redesign	
1.1.5	**Design and implementation of local health decentralization pilot experiences**	
	Central	
	Elaboration of technical proposal for health functions transference to local governments	
	La Libertad - Sarín	
	Technical meeting with RHD to implement local health decentralization plans	
	Cajamarca - Celendin	
	Technical meeting with Regional Government in order to approve local health Pilot design at Celendin	
	TA to RHD for the constitution and operation of Local Health Board	
	Technical meeting with local health boards in order to implement decision-making tools	
	TA to Local Health Board to formulate Local Health Plan	
	San Martin - Bajo Huallaga	
	Technical meeting with regional government for elaborating local health decentralization plans in order to reactivate or design local pilots	
	Technical meeting with Regional Government in order to approve local health Pilot design	
	TA to Local Commonwealth of Bajo Huallaga for its operation	
	Technical meeting with local health boards in order to implement decision-making tools	
	Technical support to Local Commonwealth of Bajo Huallaga in order to elaborate the annual operative plan 2011 at the local heath decentralization pilot (Comprehensive Local Development Plan- Health Component)	
1.2	**Develop and implement national and regional anticorruption plans for the health sector**	
1.2.1	**Elaboration and implementation of anticorruption plans**	
	Central	
	TA for constitution of MOH task group for anticorruption proposal	

	Elaboration and validation of guidelines for anticorruption planning and implementation	
	Support to the MOH task group for the development of national plan to control corruption	
	La Libertad	
	TA to RHD for implementation transparency mechanisms the anticorruption plan	
	TA for implementation mechanisms of civil surveillance the anticorruption plan	
	Support Regional Government for the monitoring of implementation anticorruption plan	
	Cusco	
	Presentation and validation of anticorruption plan guideline	
	Support Regional Government to elaborated diagnostic risks corruption in health sector	
	Huánuco	
	Presentation and validation of anticorruption plan guideline	
	Support Regional Government to elaborated diagnostic risks corruption in health sector	
	San Martin	
	TA to RHD for implementation transparency mechanisms the anticorruption plan	
	Support Regional Government for the monitoring of implementation anticorruption plan	
2	**Health Insurance and Financing**	
2.1	**Improve health coverage of poor and vulnerable populations**	
2.1.1	**Implementation of health insurance pilot sites**	
	Central	
	Public dialogue to inform scope and fundamentals of the UHI policy and dissemination of tools (including PEAS)	
	TA to Social Security for the implementation of PEAS (semi contributive scheme)	
	TA to the financing and health insurance group to formulate intergovernmental agreements for the implementation of the UHI policy	
	Workshops with MOH/MEF to validate logical framework of UHI	
	TA to MOH to elaborate and approve logical framework of UHI	
	TA to MOH to design of a proposal of M&E framework of UHI implementation	
	Workshops with key actors (MOH, SUNASA, RG) to validate M&E framework of UHI	
	Coordination with MEF and donors to finance elaboration of baseline of UHI	
	TA to MOH to supervise the development of the baseline of UHI	
	Elaboration of a methodological framework for the estimation of physical gap (infrastructure and equipment)	
	TA to MOH for the formulation and validation of a methodological guidelines for the elaboration of a multi-year investment plan	
	Adjustment of ASEGURA to estimate human resources for the implementation of UHI	
	Estimation of National Health Accounts 2006-2009	
	Workshops to train Regional Advisors in the estimation of Regional Health Accounts	
	Apurímac	
	Technical meetings with RG to present progress in implementation	
	Workshops to validate methodological framework for the estimation of physical gap	
	TA to RHD for the estimation of physical gaps	
	TA to RHD for the elaboration of multi-year investment plan	
	Elaboration of Regional Health Accounts 2008-2009	

	Ayacucho	
	Technical meetings with CTIR members to present progress in implementation	
	Workshops to validate methodological framework for the estimation of physical gap	
	TA to RHD for the estimation of physical gaps	
	Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	
	Cusco - VRAE	
	TA to the RHD in the organization of VRAE CTIR and elaboration of work plan	
	Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	
	Huánuco	
	Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	
	La Libertad	
	Elaboration of Regional Health Accounts 2003-2009	
	San Martin	
	Workshops to validate methodological framework for the estimation of physical gap	
	TA to RHD for the estimation of physical gaps	
	TA to RHD for the elaboration of multi-year investment plan	
	Elaboration of Regional Health Accounts 2009	
2.2	**Ensure efficiency and equity in health resource allocation**	
2.2.1	**MOH and MEF have defined a budget structure linked to PEAS for resource allocation to ensure equity.**	
	Central	
	Support to health financing promoter group for the formulation of the proposal of a Health Financial Law	
	TA to SIS to define fees/ tariffs units for the implementation of PEAS	
	Ayacucho	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Budgeting of preventive health interventions at the local level.	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Consistency and adjustment of institutional budgeting according to financial ceiling	
	Huánuco	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Budgeting of preventive health interventions at the local level.	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Consistency and adjustment of institutional budgeting according to financial ceiling	
	La Libertad - Huamachuco/Sarín	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Budgeting of preventive health interventions at the local level.	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Consistency and adjustment of institutional budgeting according to financial ceiling	
	San Martin - Bajo Huallaga	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Budgeting of preventive health interventions at the local level.	
	Joint programming workshops with RG and local authorities: Consistency and adjustment of institutional budgeting according to financial ceiling	

2.2.2	**Implementation of payment mechanism to local health providers according policy defined by SIS**	
	Central	
	Elaboration of guidelines for rapid assessment of critical issues regarding current financial flows mechanism from BIU to Non fund helders Health Network and Micro networks	
3	**Health Information**	
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**	
	Central	
	TA to the MOH for an implementation plan of updated national health data standards in provider health information systems	
3.1.2	**Development of regional plans to improve health information systems**	
	Central	
	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	
	Huanuco	
	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	
	TA for the formulation of Regional Plans for the modernization of the health provision information system	
	La Libertad	
	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	
	TA for the formulation of Regional Plans for the modernization of the health provision information system	
	San Martin	
	Diagnosis and proposal for the optimization of current flow of data between providers, micro-networks, networks, RHD, and SIS	
3.1.3	**Design and implementation of GalenHos Primary and Hospital Levels**	
	Central	
	Development and validation of the prototype of GalenHos-Primary Care (including micro-network)	
	IT audit of hospital GalenHos to be migrated to a free access platform	
	Migration of hospital GalenHos to a free access platform	
	Design, development of new modules of GalenHos-Hospital (e.g. universal health insurance reports, pharmacy BSC)	
	Design of a proposal for the improvement of clinical data management (clinical coding, archives management) at the primary and hospital levels	
	Ayacucho	
	Maintenance of GalenHos-Hospital Care	
	La Libertad	
	Training workshops to RHD IT team for the installation and operation of GalenHos-Hospital Care	
	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Hospital database	

	San Martin	
	Training workshops to RHD IT team for the installation and operation of GalenHos-Hospital Care	
	Training workshops to RHD IT team for the local configuration of GalenHos-Hospital database	
4	**Health Workforce**	
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**	
	Central	
	Technical meetings to adjust the methodology to calculate needs of HR in ASEGURA	
	TA to MOH to apply HR module of ASEGURA as a methodology to define needs of human resources according to PEAS	
	Elaboration of methodology to define the quantity and distribution of HR for level of care.	
4.1.2	**Design of a Regional Health Human Resources planning and management system for the public health sector**	
	Central	
	Technical meetings with SERVIR and MOH in order to define key processes for planning and management system and align it to national policies	
	Elaboration of training guidelines in HR management based on competences	
	Technical meetings with MOH in the elaboration and validation of a proposal of HR planning and management system	
	Technical meetings with MOH to approve the HR planning and management system	
	Technical meetings with MOH to design of manual of procedures for each process of the system	
	Cusco	
	Technical meetings with RG and DIRESA to install a regional committee for HHR planning and management system	
	Training workshop about HHR planning and management system based on competences	
	Huanuco	
	Technical meetings with RG and RHD to install a regional committee for HHR planning and management system	
	Training workshop about HHR planning and management system based on competences	
	Workshop(s) with the regional committee to design and validate the proposal of the HHR planning and management system and manual procedures	
4.1.3	**Policy dialogue regarding civil service policies in the health sector**	
	Central	
	Technical meetings with MOH in order to identify national experts and establish a technical team at the Minister level	
	Technical meetings with MOH in order to develop meetings/events to discuss a proposal of civil service policies	
4.2	**Ensure competency of workers in the health sector**	
4.2.1	**Development of management competencies for networks and micronetworks**	
	Central	
	Technical meetings with MOH to define methodology and procedures to design management competencies	
	Elaborate training tools to define management competences profiles and evaluation tools for RHD/network/micronetwork management (addressing PEAS)	

	National workshop to train regional advisors, team leaders and specialists in the methodology to define competencies, performance standards and evaluation tools	
	Design proposals of management competencies for RHD/network/micronetwork	
	Huanuco	
	Workshop to define managerial competencies to RHD / network / micronetwork based on functions matrix	
	San Martin	
	Workshop to define managerial competencies to RHD / network / micronetwork based on ROF	
	Technical meeting with RHD to prioritize key managerial competencies	
	Workshop to define performance standards to key managerial competencies	
	Workshop to design competencies evaluation tools to key managerial competencies	
5	**Medical Products, Vaccines and Technologies**	
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**	
	Central	
	Technical meetings with DIGEMID/DARES to coordinate activities	
	Apurímac	
	TA to RHD to develop/update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability (including warehouses and distribution network)	
	TA to decentralize the distribution to micro networks according with the new design developed by the region and governance component	
	Ayacucho	
	TA to RHD to develop/update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability (including warehouses and distribution network)	
	Cusco	
	TA to RHD to develop/update and monitor regional action plans for the improvement of quality and availability (including warehouses and distribution network)	
	La Libertad	
	Quick assessment of pharmaceutical products supply and quality assurance at the regional and local levels	
	San Martin	
	TA to improve the distribution system to health facilities	
5.1.2	**Design of a regional system to plan and forecast pharmaceutical needs**	
	Central	
	Design a methodology to forecast and program needs of pharmaceutical products and medical supplies consistent with the PEAS, the portfolio of services in the networks and their population characteristics.	
	Apurimac	
	TA to DIRESA/DEMID to strengthen the capacities of regional and local networks to plan and forecast drug requirements	
	Ayacucho	
	Update of the regional essential drugs lists by levels of care	
	Reactivation and operation of the Regional Pharmaceutical Committee	
	TA to RHDs to strengthen the capacities of regional and local networks to plan and forecast drug requirements	
	Huanuco	

	Update of the regional essential drugs lists by levels of care	
	Reactivation and operation of the Regional Pharmaceutical Committee	
	TA to RHDs to strengthen the capacities of regional and local networks to plan and forecast drug requirements	
	Cusco	
	TA to DIRESAs to strengthen the capacities of regional and local networks to plan and forecast drug requirements	
	TA to DIRESA to implement the methodology of forecast and programming needs of pharmaceutical products and medical supplies, articulately with financial budgeting and preparation of its annual procurement plan.	
	San Martin	
	TA to Update of the regional essential drugs lists by levels of care (hospitals, health networks and health micro networks)	
	Promote the formation and operation of the regional pharmacological committee	
	TA to DIRESA to strengthen the capacities of regional and local networks to plan and forecast drug requirements	
5.1.3	**Strengthening of the enforcement of regulations for quality control and use of transparent mechanisms of registry and purchase of pharmaceutical products**	
	Central	
	Proposal for a check list for quality control in drugs supply cycle	
	Huanuco	
	TA to RHD for the application of checklist for quality control in drugs supply cycle	
	Implement rules and regulations to ensure transparency of pharmaceutical products procurement procedures.	
	Revision of regional anticorruption plans related to pharmaceutical products procurement.	
	La Libertad	
	TA to RHD for the application of checklist for quality control in drugs supply cycle	
	San Martin	
	TA to RHD for the application of checklist for quality control in drugs supply cycle	

4. List of Upcoming Events

Main events during this quarter include:

- Political parties presentations of the health priority issues the envision for a new governmental period
- Political parties dialogue on Metropolitan Lima decentralization
- MOH launching of the discussion of the health financing law proposal
- MOH launching of the discussion of health career path

USAID/Health Quality Project

With HQ project, our Project has defined a joint intervention in the health network San Martín, specifically in Bajo Huallaga commonwealth, which includes the districts of Huimbayoc, Chipurana, Papaplaya, Barranquita, El Porvenir and Caynarachi, 3 micro networks and 35 health facilities. This proposal was presented to the RHD and health network in San Martin, last June. We had agreed with HQ project in the definition of a work plan, which includes:

- The design and elaboration of tools for the implementation of the primary health model for networks and micro networks
- The implementation of the network and micro network organization
- The design of the HHR management system
- Te development of managerial and heath provision competencies
- The improvement of the management of medical products and supplies availability

Each of the projects is responsible to provide technical assistance both to the RHD and the network in specific tasks, under each of the aforementioned activities. For example, in the design and elaboration of tools, Health Policy will assist in the elaboration of admission and affiliation procedures manual, the medicines list for the first level of attention, the infrastructure and equipment standards for this same level of attention, and Health Quality will support the updating of the guidelines for women and child health care provision, and the guidelines for health care extension; both projects will jointly assist the RHD in the elaboration of other required tools.

The work plan is included as Appendix # 7 of this report.

- **Appendix 1: Plan de Trabajo: Los Partidos Políticos Dialogan con los Ciudadanos sobre Temas de Salud**

PLAN DE DE TRABAJO:

LOS PARTIDOS POLITICOS DIALOGAN CON LOS CIUDADANOS SOBRE TEMAS DE SALUD

Mayo, 2010

Índice

Índice 54

1. Presentación 55

2. Objetivo 55

3. Metodología 56

4. Actividades 57

4.1 Actividades 57
4.1.1 Fase I: Organización y Planificación 57
4.1.2 Fase II: Formulación de la estrategia para el dialogo entre los partidos políticos y la ciudadanía 58
4.1.3 Fase III: Desarrollo y Sistematización de la propuesta piloto. 59

5. Cronograma 60

6. Ámbito de trabajo y participantes 61

7. Partidos políticos convocantes 61

Presentación

El espacio de dialogo del acuerdo de partidos políticos en salud, ha propuesto para el periodo 2010, desarrollar un nuevo espacio, el cual permita un mayor acercamiento con las necesidades y expectativas de la ciudadanía; el objetivo es dialogar y principalmente escuchar a los (as) ciudadanos (as) de manera directa, sin intermediación. Este nuevo reto planteado por el grupo de organizaciones políticas participantes; tiene como premisa la preocupación por acercar las respectivas propuestas políticas a las expectativas de las personas o lo que la gente espera de ellas.

Esta novedosa iniciativa que presenta un grupo de partidos políticos, como colectivo, interesados en escuchar y dialogar; busca incorporar las expectativas de la población a sus respectivos planes de gobierno como también, a la construcción de un nuevo consenso en salud para el siguiente periodo gubernamental.

Por otro lado, se propone convocar a diferentes públicos a pensar, problematizar y proponer nuevas alternativas para abordar los problemas de salud; ello no solo va a generar responsabilidades en quienes están a cargo de la formulación de las propuestas políticas, sino también de enfatizar en los deberes de los ciudadanos y el conocimiento de las diferentes aspectos de los problemas de salud.

De ahí la importancia de construir un mensaje sólido, consistente y sencillo, que logre movilizar y convocar a los grupos que se desea llegar; siendo complementario con los medios y técnicas para conseguirlo.

Finalmente, este espacio permitirá aportar a una nueva forma de relación entre los (as) ciudadanos (as) y los partidos políticos en los temas de salud, no solo para la formulación de las propuestas sino y principalmente para el desarrollo y sostenibilidad de las mismas y como consecuencia de ello aportar a la transparencia de la gestión en salud.

Objetivo

General

Construir espacios de dialogo entre las organizaciones políticas y los ciudadanos a través de la participación activa de los mismos, de modo que los partidos políticos escuchen y conozcan las

demandas, necesidades y expectativas de la población con respecto a su salud, y configurar así las políticas de salud que integren los respectivos planes de gobierno.

Específicos

- Promover espacios de diálogo, para que los (as) ciudadanos (as) expresen libre y genuinamente sus expectativas y necesidades en salud con los representantes de los partidos políticos.
- Obtener aportes y demandas de los (as) ciudadanos (as) para orientar la formulación de los respectivos planes de gobierno en salud y la construcción de consensos en base a las demandas y expectativas ciudadanas.

Metodología

La metodología planteada para este espacio de diálogo entre los partidos políticos y los ciudadanos, considera tres fases; la primera es sobre la organización y planificación del proceso a desarrollar, la segunda fase considera la formulación de la estrategia y la tercera fase es la implementación, desarrollo y sistematización de la propuesta piloto.

Primera fase (organización y planificación del piloto):

La organización y planificación del piloto establece la secuencia de fases a considerar, los tiempos en los cuales se va a desarrollar la experiencia; así como las organizaciones que participaran del proceso.

Segunda Fase (Formulación de la estrategia):

La formulación de la propuesta tiene la siguiente secuencia:

a) Formular la marca y el mensaje del dialogo de los partidos políticos con los ciudadanos

Ello implica definir la marca y principalmente el mensaje que se quiere transmitir, esto es, que se espera del público objetivo al que se desea llegar, que es lo que se quiere modificar o proponer.

Para ello se convocara a las organizaciones políticas a formular sus respectivas propuestas de definición de la idea fuerza y denominación de la iniciativa de diálogo político con los ciudadanos, algunos ejemplos:

- Los partidos dialogan con los ciudadanos”
- Escuchando a los ciudadanos sobre su salud”
- Conversando sobre salud”
- Que queremos en salud”

b) Definir la estrategia a seguir:

Ello implica establecer los medios y la segmentación del público al cual se desea llegar:

- Definir el Mix promocional: redes sociales vía electrónica, eventos cara a cara.
- Alcance y medios de comunicación, contenido de los mensajes
- Segmentación: Establecer los públicos al cual se desea llegar:

  - Público joven: a través de redes sociales vía Internet
  - Públicos según criterio de estratificación (nivel socioeconómico): A través de espacios de dialogo que pueden ser con participación a nivel individual o a nivel de organizaciones.

c) Formular la propuesta de trabajo final, especificando cada una de las actividades, cronograma de las mismas, identificando responsables, tiempos y costos.

d) Gestionar el financiamiento del mismo; implica identificar las fuentes de financiamiento y los aportes de cada una de ellas.

Tercera Fase (Desarrollo y sistematización):

a) Diseño y construcción de los medio vía online a ser utilizados.

b) Lanzamiento de la plataforma vía online

c) Establecer los mecanismos para la selección de los ciudadanos y organizaciones participantes de los eventos cara a cara.

d) Coordinar la convocatoria a los eventos cara a cara, identificar los mecanismos más apropiados que permitan garantizar una adecuada participación.

e) Desarrollar los eventos cara a cara con los ciudadanos y las organizaciones representativas de sociedad civil.

f) A partir de las lecciones aprendidas del piloto, se diseñara su implementación a nivel macroregional, para lo cual es necesario establecer la pauta o criterios en la identificación de dichas lecciones aprendidas.

Actividades

ACTIVIDADES

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

Fase I: Organización y Planificación

a. Conformación de comité organizador del dialogo de los partidos políticos con los ciudadanos

b. Identificación de instituciones socias que asumen el rol de facilitación.

c. Identificación de instituciones observadoras.

d. Formulación y revisión de propuesta del plan de trabajo:

- Propuesta metodológica
- Propuesta económica

e. Revisión y aprobación de la propuesta del plan de trabajo de dialogo con los ciudadanos por parte del comité organizador.

f. Presentación y aprobación de la propuesta de plan de trabajo, por el conjunto de las organizaciones políticas convocantes de este dialogo

Fase II: Formulación de la estrategia para el dialogo entre los partidos políticos y la ciudadanía

a. Identificar la marca y el mensaje con el cual se desea llegar a los ciudadanos, el cual se construirá a partir de las propuestas de los partidos políticos.

b. Establecer la segmentación de los públicos a los cuales se desea llegar.

c. Identificar los medios y técnicas a través de los cuales se llegara a cada uno de los públicos que han sido seleccionados (ver tabla siguiente).

Público objetivo	Medio a utilizar	Proceso
1. Jóvenes y adultos	Red electrónica (red social)	**Formato**: Sesiones vía online. **Participantes**: Jóvenes y adultos. **Requerimiento:** Grupo responsable de la administración y sistematización de la red online. **Duración:** Permanente. **Metodología**: • Temas o preguntas como pauta inicial. • Disponibilidad de material de consulta básico • Las intervenciones de cada ciudadano se registran y sistematizan. • Hay preguntas aclaratorias pero no deliberación con los ciudadanos

		Costos a cubrir:
2. Ciudadanos, según nivel socioeconómico y sus organizaciones de mayor representación.	Eventos, cara a cara	**Formato**: Taller. **Participantes**: • Ciudadanos y ciudadanas, representativas de cada nivel socioeconómico. Aproximadamente 200 asistentes. • Organizaciones representativas de sociedad civil. Aproximadamente 50 organizaciones **Lugar:** Lima Metropolitana **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 • Priorización (opcional) **Costos a cubrir:** Local, materiales, refrigerios y almuerzos

d. Establecer la estrategia de convocatoria, que permita garantizar la mayor participación posible y de las organizaciones más representativas.

e. Gestionar y garantizar el financiamiento necesario para la implementación de la propuesta.

f. Contar con el refrendo de las principales autoridades partidarias

Fase III: Desarrollo y Sistematización de la propuesta piloto.

a. Diseño y construcción de los medios vía online para la comunicación con los ciudadanos.
b. Identificación del material de consulta básico a ser puestos en la red
c. Definir el procedimiento para la absolución de consultas/preguntas/comentarios y que sean debidamente canalizadas.
d. Definir el equipo responsable de la vía online
e. Presentación y difusión de la plataforma electrónica.

e) Definición de los mecanismos para la selección de los participantes a los eventos cara a cara.
f) Definición de la propuesta metodológica y la agenda de trabajo de los eventos cara a cara.
g) Convocatoria a actores de las sesiones cara a cara
h) Desarrollo de la sesión de trabajo.
i) Sistematización de la experiencia
j) Definir siguientes pasos.

Cronograma

Actividades	Semanas								
	24-28 Mayo	1-4 Junio	7-11 Junio	14-18 Junio	21-25 Junio	5-9 Julio	12-16 Julio	19-23 Julio	26-30 Julio
Aprobación del plan de trabajo por el comité organizador	X								
Aprobación del plan de trabajo por el pleno de partidos políticos		X							
Gestión del financiamiento		X	X	X	X				
Elaboración de la propuesta de mensaje y marca del dialogo vía redes sociales.		X	X						
Diseño y desarrollo de la estrategia vía redes sociales			X	X					
Presentación de la plataforma de dialogo vía redes sociales				X	X				
Definición de la pauta metodológica y agenda de trabajo de la sesión cara a cara			X	X					
Convocatoria a participantes				X	X	X			
Desarrollo de la sesión “cara a cara”.							X		
Sistematización del piloto								X	X

Ámbito de trabajo y participantes

El ámbito de trabajo es el departamento de Lima

Los participantes en el desarrollo del presente trabajo son:

a. Representantes de salud de los partidos políticos.
b. Comité organizador, 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, NDI, CIES).
d. Socios observadores, cuyo rol es hacer un seguimiento del proceso de diálogo. (Transparencia. MCLCP).

Partidos políticos convocantes

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.

15. Agrupación independiente Si cumple.
16. Cambio radical.
17. Coordinadora nacional de independientes
18. Despertar nacional
19. Fonavistas del Peru
20. Fuerza Nacional
21. Nueva mayoría
22. Participación popular
23. Partido político adelante
24. Renovación Nacional
25. Siempre unidos
26. Fuerza 2011

Appendix 2: Political Parties Dialogue on Health Decentralization to Lima Metropolitana, Work Plan

PLAN DE DE TRABAJO:

DIALOGO DE LOS PARTIDOS POLITICOS SOBRE LA GESTION DESCENTRALIZADA DE LA SALUD EN LIMA METROPOLITANA

Junio, 2010

Índice

Índice 64

1. Presentación 65

2. Objetivo 66

3. Aspectos metodológicos 66

4. Cronograma 69

5. Ámbito de trabajo y participantes 69

6. Partidos políticos convocantes 70

Presentación

Los crecientes procesos de migración y el incremento significativo de los niveles de urbanización de nuestra población, han determinado la creciente aparición de nuevos asentamientos urbanos, como es el caso de los conos o los denominados pueblos jóvenes alrededor de las principales ciudades. Este proceso ha determinado cambios significativos en el ámbito de la salud, dado que se tiene impactos sociales, ambientales y económicos (positivos y negativos), todo ello ha configurado el desarrollo del concepto de la salud urbana.

El primer foro de salud urbana de la organización panamericana de la salud, establece que la salud urbana, es aquella rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades, sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas; con lo cual se amplia el enfoque de ambiente-salud-enfermedad y plantea el reto de abordar los "determinantes" sociales, económicos y políticos de la salud; como es el caso de mejores condiciones de vida y vivienda, acceso a agua potable, sistemas de gestión de residuos sólidos, espacio saludables y ambientes laborales seguros, seguridad alimentaria y acceso a servicios (educación, salud, transporte público, cuidado infantil); entendiendo así que el abordaje de la salud urbana presenta oportunidades y desafíos.

Es en ese marco que se aborda la gestión descentralizada en salud de Lima metropolitana; resaltando el hecho que a diferencia de lo ocurrido con otras regiones del país, el proceso de transferencia de funciones y competencias del nivel nacional al ámbito metropolitano aún no se ha concretado; lo cual ha implicado que el Ministerio de salud continúe con la administración de las redes de servicios metropolitanos así como con los hospitales considerados en dicho ámbito.

Es por ello la necesidad de, estando a portas de una nueva gestión municipal, tanto provincial como distrital, se inicie el dialogo de lo que significa la salud en Lima metropolitana, debatir sobre como mejorar la calidad de vida de las personas de nuestras urbes, los posibles modelos de gestión a desarrollar, las prioridades sanitarias, el abordaje de la salud desde los determinantes de la salud, el énfasis en los núcleos de mayores carencias, asumir temas como salud ambiental y salud mental, entre otros. Pero también implica desarrollar propuestas integrales a poblaciones emergentes como los adultos mayores o bosquejar nuevas propuestas de gestión basados en la articulación entre las diferentes instancias, aportando así a la implementación del aseguramiento universal en Lima.

Objetivo

Generales

- Aportar a la construcción de consensos políticos sobre el proceso de descentralización de la salud en Lima Metropolitana, ello en el marco de la gestión de la salud urbana; ello mediante el conocimiento de los diferentes aspectos que involucra la descentralización de Lima metropolitana así como los principales retos que implica el abordaje de la salud en el ámbito metropolitano.

- Promover una discusión informada sobre los diferentes aspectos y componentes del proceso de descentralización de la salud en Lima metropolitana, desde la perspectiva de sus principales actores, así como identificar los principales temas a desarrollar en el ámbito metropolitano.

Aspectos metodológicos

La metodología planteada para este espacio de diálogo sobre Lima metropolitana es a través de sesiones de trabajo, con la finalidad de dar a conocer

Primera fase (organización y planificación de las sesiones):

La organización y planificación de las sesiones define los temas en detalle a ser abordados así como la identificación de los principales actores del proceso. Establece también la pauta a seguir tanto en el desarrollo del tema como en la formulación y sistematización de las propuestas.

Segunda Fase (Marco del proceso: salud urbana en ciudades capitales):

El marco para el dialogo político sobre Lima metropolitana estará dado por el concepto de salud urbana, entendida uno de los retos que se plantea para los decisores en salud, ello en un

contexto de alta migración e incremento significativo de la urbanización de nuestras poblaciones. De ahí la necesidad de plantear propuestas para el abordaje de temas como salud ambiental, cambio climático, abordar la salud desde los determinantes sociales, violencia, seguridad, implementación de propuestas como espacios saludables o municipios saludables; entre otros temas a considerar.

En esa línea, se han desarrollado múltiples experiencias a nivel internacional, que dan cuenta de la implementación de estrategias novedosas y de alto impacto en las condiciones de salud de las poblaciones de las principales capitales; por ello la necesidad de conocer y socializar tanto el diseño como las dificultades para la implementación de las mismas.

Tercera Fase (El proceso de descentralización de la salud en Lima Metropolitana):

La descentralización en Lima metropolitana involucra abordar los diferentes aspectos del proceso como son los recursos humanos, aspectos presupuestales, activos, mecanismos para la transferencia, transferencia nacional – regional o transferencia nacional – local; entre otros temas a considerar.

De ahí la necesidad que este eje sea abordado desde la mirada de sus principales actores, Ministerio de salud (oficina de descentralización) como la instancia responsable de la transferencia, Municipalidad de Lima metropolitana y/o municipalidades distritales como las instancias receptoras de la transferencia y responsables de salud en sus respectivos ámbitos; así como las actuales direcciones de salud, como representantes de las instancias que serán transferidas.

De igual forma también se propone presentar las experiencias de descentralización en regiones como el Callao o Lima provincias; ello como experiencia reciente de implementación y desarrollo de las redes de servicios. Así también, se cuenta con la red de Municipalidades saludables, quienes han desarrollado experiencias interesantes de espacios saludables en nuestro medio.

Cuarta Fase (Formulación de propuestas y construcción de consensos para Lima Metropolitana):

La cuarta fase considera el desarrollo de la pauta previamente establecida para el análisis, los partidos y organizaciones políticas participantes, formularan sus respectivas propuestas; a partir de las cuales se realizara la sistematización y la construcción de los consensos.

Bloque del proceso de construcción de consensos políticos para la descentralización de Lima Metropolitana

Organización y Planificación	Marco del proceso: salud urbana en ciudades capitales	El proceso de descentralización de la salud en Lima Metropolitana	Formulación de propuestas y construcción de consensos para Lima Metropolitana
Formulacion del plan de trabajo: Dialogo politico para abordar la salud en Lima metropolitana	Marco conceptual de salud urbana	Aspectos centrales del proceso de descentralización en Lima Metropolitana	Elaboración de propuestas por las agrupaciones políticas
Aprobaciòn de la propuesta de trabajo por el comité organizador	Experiencias internacionales de gestión descentralizada de la salud en ámbitos metropolitanos	Perspectiva de quien transfiere (MINSA)	Presentación de propuestas
Mapeo de las organizaciones polìticas de Lima metropolitana		Perspectiva de los que reciben la transferencia (Municipalidad de Lima y/o municipalidades distritales)	Sistematización de propuestas
		Perspectiva de los "transferidos": Direcciones de salud de Lima.	Construcción de consensos: el proceso a seguir
Junio-Julio	Julio - Agosto	Julio - Agosto	Septiembre

Cronograma

Actividades	Semanas							
	1 Julio	1-5 Julio	21 Julio	5 Agosto	12 Agosto	26 Agosto	2 Sept	9 Sept
Aprobación de la propuesta de trabajo.	X							
Aprobación de la propuesta de trabajo por el pleno de partidos políticos (vía electrónica).		X						
1era sesión: Marco conceptual de salud urbana y Aspectos centrales del proceso de descentralización en Lima Metropolitana.			X					
2da sesión: Perspectiva de quien transfiere (MINSA), de los que reciben la transferencia (Municipalidad de Lima y distritos) y de los "transferidos" (direcciones de salud de Lima).				X				
3era sesión: Experiencias internacionales en gestión descentralizada en salud.					X			
4ta sesión: Presentación de propuestas de los partidos políticos.						X		
5ta sesión: Construcción de consensos.							X	
Documento: Compromisos por la salud en Lima Metropolitana.								X

Ámbito de trabajo y participantes

El ámbito de trabajo es el departamento de Lima, ámbito provincial y distrital

Los participantes en el desarrollo del presente trabajo son:

- Representantes de salud de los partidos políticos.
- Comité organizador, cuyo rol es coordinar, planificar y organizar el trabajo a desarrollar; además de asumir la representación del grupo.

- Socios facilitadores, cuyo rol es facilitar el diálogo y proporcionar información especializada a los participantes. (USAID, NDI, CIES).
- Socios observadores, cuyo rol es hacer un seguimiento del proceso de diálogo. (Transparencia. MCLCP).

Partidos políticos convocantes

Listado de partidos políticos participantes:

- Acción Popular
- Alianza para el progreso
- Cambio 90
- Partido Aprista Peruano
- Restauración nacional.
- Partido Popular Cristiano
- Partido Humanista peruano
- Solidaridad nacional
- Perú Posible
- Partido nacionalista peruano
- Movimiento nueva izquierda
- Partido Descentralista Fuerza Social.
- Partido democrático Somos Peru
- Unión por el Perú.
- Fuerza 2011

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.

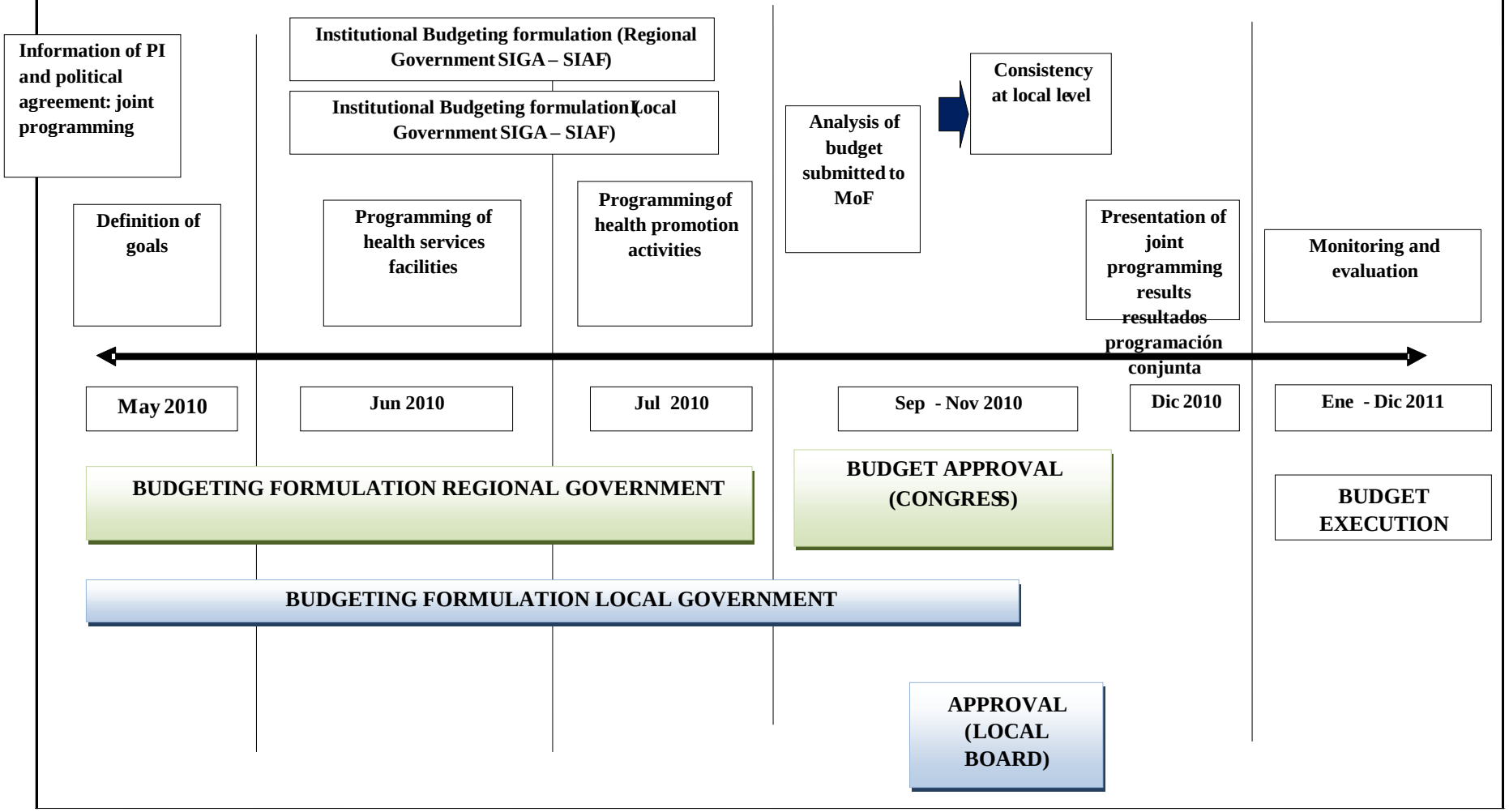
- Agrupación independiente Si cumple.
- Cambio radical.
- Coordinadora nacional de independientes
- Despertar nacional
- Fonavistas del Peru
- Fuerza Nacional
- Nueva mayoría
- Participación popular
- Partido político adelante
- Renovación Nacional
- Siempre unidos

Appendix 3: Second Extraordinary Meeting: Health Intergovernmental Committee Agreements

Topic	Problem	Agreement	Project participation
Legal constraints to financial flows	Inconsistency/ misapplication of certain legal norms are affecting payment from Public Health Insurance (SIS) to health providers	Review and adjustment of current legal norms regarding: • Categorization and accreditation • Referral and counter referral • Organization of networks and micro networks • Drugs National System (SISMED)	Yes
SIS reimbursement	Increasing debt from SIS to Regional Health Directorates and public health providers	• Definition of mechanism for data consistency of reimbursement request (2009) • Elaboration of a payment schedule (200) • Coordination with Regional Government Association (ANGR) for setting this issue in the political agenda	No
Funding of UHI policy	Lack of resources for the implementation of UHI policy in pilot zones	• Elaboration of a negotiation strategy with MoF • Seek support from the ANGR • Elaboration of a proposal of a Health Financial Law • Analysis of current financing rules and elaboration of a proposal of adjustment • Organization of a national seminar to discuss the proposal of the Health Financial Law	Yes

APPENDIX 4

JOINT PROGRAMMING PROCESS



Appendix 5

Diagnóstico Situación del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

REGIÓN CUSCO

Mayo 2010

Índice

I. Introducción

II. Objetivo de la Evaluación

III. Metodología

IV. Resultados de la Evaluación

V. Gestión General

VI. Financiamiento

VII. Información

VIII. Selección

IX. Estimación y Programación

X. Adquisición

XI. Almacenamiento y Distribución

XII. Dispensación

XIII. Resumen principales Hallazgos

XIV. Identificación De Puntos Críticos

XV. Anexo # 1 Formato Evaluación

XVI. Anexo # 2 Asistentes Evaluación 14-16 De Abril 2010

XVII. Anexo # 3 Memorándum Incumplimiento de Proveedores

XVII. Anexo # 4 Cronograma De Atención En El Almacén Regional

I. Introducción

La presente evaluación y actividades posteriores se realizan a solicitud de la Dirección Regional de Salud Cusco, en coordinación con su Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas (DMID) y dentro del marco del proyecto USAID|Perú|Políticas en Salud, componente CLIN 5: Logística de medicamentos, insumos y tecnologías .

El Plan Estratégico Institucional 2009-2013 de la Dirección Regional de Salud Cusco[5] menciona nueve problemas básicos de salud en la región, dentro de los cuales resaltan la insuficiente gestión administrativa para la atención en servicios de salud, explicando como una de sus causas:

"Existe deficiencia en los procesos logísticos para la atención de los servicios de salud, asociados a los cuellos de botella en el suministro de insumos, medicamentos y otros medios, asociados a factores como:

- Deficiente programación de requerimientos, debido a que el Plan Anual de Adquisiciones, que se realiza al inicio de cada año, resulta muy referencial, dado que no refleja las necesidades reales de los servicios de salud y, tampoco, las especificaciones técnicas detalladas.
- Deficientes procesos de adquisición, por razones como la conformación de Comités de Adquisición con personal no técnico de acuerdo a los productos requeridos y deficiencias en los mismos procesos de adquisición y compromiso de los integrantes de las comisiones.
- Inoportuna distribución de los insumos, ocasionado no sólo por el incumplimiento de parte de los proveedores, sino también por las limitaciones de los medios de transporte, dada la amplia extensión del territorio de la jurisdicción de la DIRESA Cusco y la modalidad de distribución y medio de transporte.
- Débil conocimiento de la normatividad que rige los procesos de logística como el SIGA, SEACE y otros, los cuales se asocian a las escasas oportunidades de capacitación que tiene el personal involucrado en procesos de adquisiciones, así como a la rotación del personal que va adquiriendo experiencia y auto capacitación."

Posteriormente, proponen como uno de sus objetivos estratégicos generales "Fortalecer la rectoría y gestión administrativa en Salud", fijando como objetivo estratégico específico: "7.3 Mejorar la gestión administrativa para la atención de los servicios de salud promoviendo el acceso universal a los medicamentos, insumos médico quirúrgico y al sistema de apoyo al diagnostico."

Es dentro de este marco, que como paso inicial, se efectuó durante los días del 14 al 16 y luego 22 de Abril de 2010, en forma conjunta con funcionarios de la DMID Cusco, una "Evaluación rápida del suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en la Región".

[5] Página Web DIRESA CUSCO

II. Objetivo de la Evaluación

El objetivo de esta actividad fue evaluar el funcionamiento actual del sistema de suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en Cusco. Adicionalmente se buscó identificar puntos críticos que afectan su funcionamiento y establecer una línea base sobre la cual iniciar la intervención del proyecto.

III. Metodología

De acuerdo a lo programado se sostuvieron reuniones de trabajo, tanto grupales como individuales, con funcionarios involucrados en los diversos procesos del suministro de medicamentos, tratando además que estos representen a varios niveles de gestión. En tal sentido se concretaron entrevistas con la Directora de la DMID, el Presidente del Comité Farmacológico, Jefe y personal del Almacén, la responsable de Estrategias Sanitarias, la responsable de Acceso y Gestión del SISMED, la responsable del SISMED y el de Información del SISMED de las Redes Cusco Norte y Cusco Sur, la responsable de Informática de la DMID, el responsable del SISMED de la Red Canas-Canchis-Espinar, la Jefa de la Unidad de Programación y Adquisiciones de la DIRESA y la responsable del SIS en la DMID.

Se efectuaron visitas de evaluación al almacén regional especializado, al almacén del Hospital Regional, a las oficinas y almacenes de las Cabeceras de Red de Cusco Sur, Cusco Norte y el CLAS San Jerónimo.

Durante todas estas reuniones se siguió un formato de dialogo abierto, permitiendo que los involucrados expresen a su manera la situación del suministro de medicamentos en la Región. Los cuestionarios previamente elaborados se utilizaron como una guía para cubrir los aspectos importantes. Todo lo anterior fue complementado con estadísticas del SISMED, MEF y documentos proporcionados por los entrevistados. (ver anexo # 1 para los formatos utilizados y anexo # 2 para los participantes en las diversas reuniones).

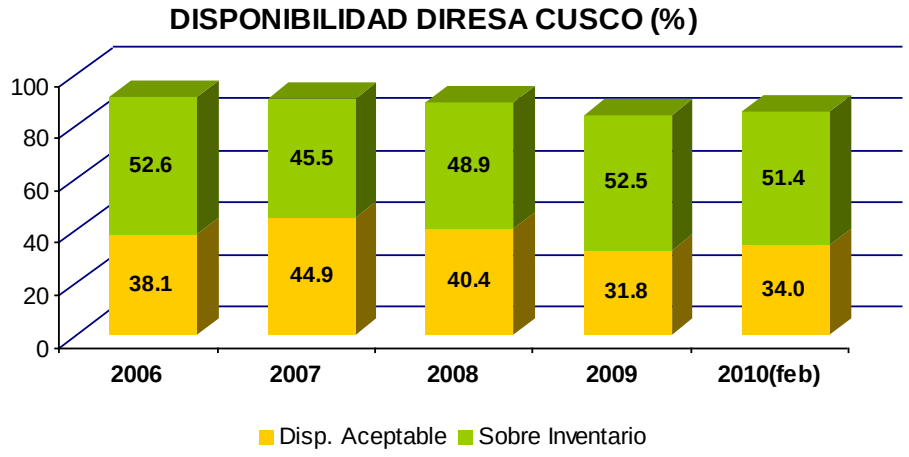
La DMID Cusco fijó como objetivo principal, alcanzar un suministro eficiente, eficaz y de calidad (en procesos y productos) para medicamentos e insumos médicos quirúrgicos en la región.

IV. Resultados de la Evaluación

La Dirección Regional de Salud del Cusco se encuentra estructurada en 5 redes de servicios de salud: Cusco Sur, Cusco Norte, Kimbiri-Pichari, La Convención y Canas-Canchis-Espinar, que a su vez se dividen en 38 microrredes. Según nivel de complejidad los establecimientos de salud de la región están representados por 6 hospitales, 60 centros de salud y 232 puestos de salud. Adicionalmente cuenta con un almacén especializado de medicamentos y 3 sub almacenes en las redes Cana-Canchis Espinar, La Convención y Kimbiri-Pichari.

En términos organizacionales, la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas (DMID), responsable del proceso de suministro de medicamentos e insumos médicos pertenece a la Dirección Ejecutiva de Salud Individual que responde a la Dirección General de Salud.

En cuanto a los niveles de disponibilidad[6] en medicamentos, tenemos que este indicador ha mostrado un comportamiento errático, pasando de 90.74% en el 2006[7] a 90.39% en el 2007, 86% para el 2008 y 84.3% en el 2009. En Marzo del 2010 de acuerdo con la sala de situación de medicamentos de la DIGEMID, la DIRESA Cusco alcanzó un nivel de disponibilidad de 87.96%. Cabe mencionar que la disponibilidad total se calcula sumando tanto los ítems con niveles de inventario aceptable (equivalente de 1 a 6 meses de venta) e inventario no aceptable (mayor a 6 meses de venta). Es importante señalar que en todos estos años el sobrestock se ha ubicado alrededor del 50% del total de medicinas en los almacenes, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:



Sobre el indicador de disponibilidad, los funcionarios de la DMID manifestaron que debe ser mejorado pues no refleja adecuadamente la situación en el abastecimiento de medicinas. En tal sentido, señalaron que no se incluye variables como la dispersión geográfica, el nivel de complejidad del establecimiento de salud y la capacidad de sustitución de las medicinas, entre otras. Hay que tomar en cuenta, como se menciona más adelante, que las redes y la DMID no tienen capacidad de supervisar las farmacias en los diversos establecimientos de salud. La información sobre la que se construye este indicador no es auditada o verificada físicamente.

De acuerdo con cálculos propios, solo los ítems que tienen una rotación superior a los 6 meses (para la valorización se han restado los meses considerados aceptables) representan a febrero del 2010, S/.1.2 millones, equivalentes al 35% de los reembolsos SIS según el PIM del 2010. Otro indicador que es muy ilustrativo se obtiene del informe elaborado por la DIGEMID, "Situación Financiera del SISMED a Nivel DISA y DIRESA para Diciembre 2008", donde señala que a Diciembre de 2008 en el Cusco tenían un inventario valorizado de S/.5'190,314 frente a ventas anuales durante el mismo periodo de S/.5'971,146. En términos financieros tuvieron fondos inmovilizados en el almacén correspondientes a 10.5 meses de consumo.

A continuación se describirá la situación encontrada a lo largo de todo el ciclo de suministro:

[6] En Nivel de Disponibilidad es el principal indicador utilizado a nivel nacional para medir la eficiencia en el proceso de suministro de medicamentos.
[7] Hasta el 2007 se trabajaba con medicamentos trazadores (36 items), a partir del 2008 se considera la totalidad.

V. Gestión General

El sistema de suministro de medicamentos e insumos discurre en la DIRESA Cusco de una manera desintegrada. Las diversas áreas que intervienen a lo largo del proceso lo hacen con poco nivel de coordinación, respondiendo en muchos casos a otra lógica y objetivos internos. Individualmente conocen y operan dentro de sus responsabilidades específicas, inclusive dominan lo que les atañe en materia normativa tanto a nivel nacional como regional o directoral.

Sin embargo al tratar de articular todas estas funciones como parte de un servicio integral de salud, es que se evidencia lo poco que se encuentran alineados con una visión y por lo tanto objetivos comunes.

La Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas, de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la DIRESA, es unidad orgánica de línea de tercer nivel organizacional, depende de la Dirección Ejecutiva de Salud Individual. Se encarga de normar, supervisar, controlar y concertar en lo que corresponda la calidad, uso, comercialización, suministro y expendio de productos farmacéuticos y afines en concordancia con las normas, lineamientos y políticas del sector.

Sin embargo en la práctica, le asignan responsabilidades a la DMID, pero no le dan las atribuciones necesarias para cumplirlas.

Así, en lo referido a las compras, su ROF señala que solo puede "coordinar" la adquisición de medicamentos con el área directamente responsable (Logística), término vago que no le otorga control alguno sobre el proceso.

Se le encarga la función de elaborar el Petitorio Regional a través del Comité Farmacológico Regional y vigilar su cumplimiento. No cuenta con los medios para garantizar el funcionamiento regular del Comité Farmacológico Regional ya que sus miembros trabajan ad honorem (no se considera como parte de su horario de trabajo). No pueden realizar supervisiones farmacéuticas permanentes a los establecimientos de salud para verificar el cumplimiento del petitorio regional, ya que no cuentan con la respectiva asignación presupuestal tanto a la sede central como a las redes.

Su Manual de Organización y Funciones (MOF), establece el puesto de responsable del equipo de uso racional de medicamentos, con la función básica de organizar, conducir y controlar las actividades del equipo de uso racional de medicamentos en la DIRESA. Como requisitos para el cargo, señala que debe ser un médico cirujano, lo cual resulta necesario no solo por el conocimiento técnico, sino por su mayor capacidad de comunicarse y coordinar con sus pares médicos. Actualmente no hay médicos cirujanos ocupando dicho cargo en la DMID Cusco.

Tampoco se ha estado disponiendo del fondo que establece la normativa SISMED (10% sobre el precio de operación que será destinado a cubrir los gastos de los puestos y centros de salud y el otro 10% para la DIRESA). Al no contar con dichos fondos, no se ha podido programar las diversas necesidades que se tienen en los almacenes de medicinas que se encuentran poco equipados, con insuficientes parrillas o parihuelas de madera, para evitar poner las medicinas directamente en el suelo (que va contra la norma sanitaria) o no contar con extintores, higrómetros, sin hablar de fajas para evitar que el personal se lesione o insuficiente equipo para el adecuado

embalaje de las medicinas que despachan a los establecimientos de la región. Inclusive el transporte de medicinas entre establecimientos de salud debe realizarse con dinero de los trabajadores, asumiendo hasta el riesgo de deterioro o pérdida durante el traslado.

Por ejemplo, en la visita al CLAS San Jerónimo (Red Cusco Sur), se pudo apreciar que pese a los esfuerzos del personal por mantener las instalaciones limpias y ordenadas, y contrastando con la zona de farmacia, las medicinas se encuentran depositadas en un ambiente diseñado para otros fines, en contacto directo con el piso del cuarto, casi sin parihuelas o parrillas.

La elaboración del Plan Anual de Adquisiciones, herramienta fundamental dentro de un criterio de disciplina presupuestaria, es un ejercicio referencial, elaborado porque las normas así lo disponen, pero que puede ser posteriormente modificado cuando se requiera[8].

En resumen, no están claros y menos interiorizados los objetivos del proceso, las diversas áreas de la DIRESA que interactúan, lo hacen de una manera desintegrada, actuando como islas y de acuerdo a sus dinámicas internas, situación que se agrava dentro del contexto de restricción presupuestaria actual.

VI. Financiamiento

Según manifiestan los funcionarios de la DIRESA, sienten cada vez más limitaciones financieras en general para la ejecución de sus servicios, realidad a la que no escapa lo referido al suministro de medicamentos. Inclusive, en la medida que amplía la cobertura en aseguramiento, ven reducida la generación de los Recursos Directamente Recaudados (RDR), como se aprecia en el siguiente cuadro:

Gastos Compra de Medicamentos por Fuente (S/.)

	PIM	RDR	SIS	OTROS	TOTAL	AVANCE
2005	5,464,712	2,392,946	1,844,343	221,916	4,459,205	81.60%
2006	6,492,928	2,772,236	3,149,661	187,948	6,109,845	94.10%
2007	7,567,322	3,016,925	3,642,921	22,099	6,681,945	88.30%
2008	6,313,527	1,546,026	3,100,232	498	4,646,756	73.60%
2009	7,828,169	1,903,953	4,370,727	42,652	6,317,332	80.70%
2010	5,155,886	1,786,003	3,355,386	14,497	5,155,886	**PIM**

Fuente: MEF- Consulta de Ejecución del Gasto

[8] Artículo 27 Reglamento de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado DECRETO SUPREMO Nº 084-2004-PCM

VII. Información

Es ilustrativo que ya casi finalizando el proceso de evaluación, cerrando la reunión, se le preguntó a la Directora de la DMID, que si solo tuviera opción a mejorar un proceso dentro de todo el suministro de medicamentos, cual elegiría, respondiera el de generación de información. Es plenamente consciente que la manera de gerenciar cualquier proceso, pasa necesariamente por contar con información consistente y fiable.

No se ha implementado el software del SISMED en la DIRESA. En varias redes usan versiones desactualizados (1.3 y 2.0) e inclusive en tres de ellas utilizan sistemas paralelos[9].

Muchos establecimientos están equipados con PC's pero no cuentan con personal con las competencias necesarias para su manejo.

La responsable de la información del SISMED en la DIRESA menciona que es necesaria una mayor capacitación a nivel regional.

El personal de las redes y la DIRESA consideran que el software del SISMED les genera información poco fiable, adicionalmente en zonas donde hay continuos cortes de electricidad, la base de datos se desconfigura con frecuencia, hay que estar indexándola y la herramienta que tiene el aplicativo para estos efectos, no es útil. La mayoría no cuenta con UPS y estabilizadores o supresores de pico.

En general se aprecia que existe buena disposición en los trabajadores tanto de la DIRESA como en las redes a utilizar el software del SISMED adecuadamente. Aparentemente las malas experiencias sumadas a la falta de capacitación ya mencionada, han generado un ambiente poco favorable hacia el aplicativo. Lo utilizan para generar o enviar la información que les solicitan desde Lima, de ahí cada cual ha ido generando sus propios medios de conseguir los datos que necesita.

La mayoría de los microrredes y establecimientos de salud no cuentan con servicio de internet, por lo que no es posible trabajar la información en línea, aunque en la población donde están localizados cuenten con el servicio. El envío de información entre los diversos niveles es realizado utilizando memorias USB con el consecuente desplazamiento de una persona.

Por otro lado, si bien han desarrollado un sistema de información que les sirve para monitorear sus procesos, mencionan que no existe una supervisión adecuada sobre los datos que se ingresan. La falta de asignación presupuestal para el control es el principal limitante.

El no contar con información fiable que sirva de soporte en la administración y toma de decisiones es un problema serio, reconocido, tal como se mencionó líneas arriba, por la Directora de la DMID.

---

[9] En la Red Cusco Sur y en Canas Canchis Espinar utilizan un aplicativo en Excel que llaman el *SISMEDCITO*. Los responsables de información pueden pasar 5 días actualizando los datos para luego copiarla al SISMED, ya preparada.

VIII. Selección

Cuentan con un Comité Farmacológico en funcionamiento, inclusive con un plan de trabajo y actividades para todo el año. Se reúnen en horarios de trabajo o "cuando pueden". Es Ad Honoren y muchas veces estas reuniones no cuentan con el quórum necesario para la toma de decisiones. Proponen que sea una actividad remunerada o que al menos sea considerada dentro de las 150 horas de trabajo mensual.

Tienen problemas para controlar la calidad de las compras. No existe un estándar de calidad para la compra de insumos, por lo que actualmente tienen problemas (los insumos se compran regionalmente). Quieren proponer estándares de calidad mínimos y participar activamente en las compras, no como invitados a los comités de adquisiciones, sino como parte de ellos.

Manifiestan que la mayoría de los médicos no se involucran en mejorar la calidad de las medicinas y equipos que se adquieren. No informan en el formato adecuado cuando algún medicamento no es efectivo o presenta alguna característica organoléptica deficiente. Sus reclamos son usualmente verbales, que no sirven como antecedente.

Se basan para sus procesos en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales. Sin embargo, si existe el petitorio regional que se trabajó el año pasado. Inclusive se trabajó por niveles de complejidad, pero manifiestan que no ha sido adecuadamente socializado.

Adicionalmente en los hospitales que cuentan con comités farmacológicos compran medicamentos fuera del petitorio.

No hay muchos avances a nivel de guías o protocolos médicos. En los hospitales existen trabajos aislados para el desarrollo de guías. Algunos departamentos cuentan y otros no. En el primer nivel de atención utilizan parcialmente los protocolos del MINSA.

IX. Estimación y Programación

La programación en la DIRESA Cusco es realizada por jefe del almacén de una manera centralizada. Utilizan información histórica de consumos y distribución. Luego según su "criterio y conocimiento" realiza los cálculos necesarios, utilizando el método de regresión lineal, que al no considerar variables como el crecimiento poblacional o las metas prestacionales o perfiles epidemiológicos o los cambios de criterio de prescripción, pueden generar sesgos importantes. No involucra en este ejercicio a los responsables de las redes y mucho menos a las microrredes.

En las cabeceras de red, los responsables de medicamentos manifestaron que ellos solo se enteran de los procesos de compra cuando se realizan las convocatorias o les informan que ya tienen mercadería en los almacenes.

Hay que recordar que fue precisamente el funcionario responsable de la programación quien mencionó que el Plan Anual de Adquisiciones era referencial, que luego se podía modificar. En el Plan Estratégico de la DIRESA colgado en internet, se confirma precisamente este hecho como una debilidad. Las estimaciones son revisadas permanentemente y las van ajustando a la realidad, y si fuera necesario modifican el Plan Anual de Adquisiciones.

A pesar que el responsable de este proceso indica que no hay mayores errores en sus cálculos, la Directora de la DMID manifiesta que sí existieron deficiencias en la programación, en especial en años anteriores han tenido errores tan gruesos, que prefirieron no girar las órdenes de compras, pues eso implicaba recibir inventario en ciertos productos para varios años. También opina que los errores de programación han disminuido progresivamente, pero está de acuerdo que se requiere que el proceso sea más participativo además de que incorpore las variables que no se consideran en la metodología propuesta por el jefe de almacén.

X. Adquisición

Participan tanto en compras nacionales como regionales, inclusive alguna vez junto con Arequipa, Puno, Moquegua, Tacna y Puno participaron en una Macro Regional.

De acuerdo a las disposiciones legales vigentes[10], todas las medicinas que deben ser adquiridas a través de las compras corporativas nacionales, son presentadas a este proceso.

En la última compra corporativa del 2009, el 20% de los ítems en que participaron fueron declarados desiertos, desde febrero que se firmaron los contratos de los bienes adjudicados, tuvieron que esperar hasta octubre que los liberaran, para recién proceder con las compras localmente. Durante el 2009 realizaron 15 compras menores por S/.1.5 millones, equivalentes al 25% del total de sus adquisiciones.

Por otro lado, y siempre dentro de las compras corporativas nacionales, los proveedores incumplen los plazos de entrega pactados o algunas veces simplemente no entregan. La ley y reglamento sobre adquisiciones del Estado dispone para estos casos multas irrisorias que no representan el costo asociado al no abastecimiento de una medicina y sanciones que generalmente no son ejecutadas, por desconocimiento, desidia del funcionario o simplemente la imposibilidad de ejecutarlas[11]. Tampoco han estado informando a la OSCE.

El área de logística se limita a comunicaciones internas, tal como se muestra en el anexo # 3. Todos esos proveedores siguen participando en las compras corporativas. Eventualmente si son inhabilitados, ha pasado que cambian de razón social y continúan en los siguientes procesos.

[10] Artículo 82 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1017, D.S. N°184-2008-EF.
[11] Las multas se aplican deduciéndolas de los pagos. Pero si no hay entrega no hay pago de donde deducir la multa.

También es cierto que por demoras en la firma de los contratos, en girar las órdenes de compra o falta de partidas presupuestarias, los plazos en que los proveedores se ven obligados a efectuar las entregas se van dilatando. Las áreas responsables de la planificación y programación no coordinan para la asignación de metas dentro del marco presupuestal. Todos estos hechos van limitando la capacidad de ejecutar los presupuestos en la DIRESA.

Aunque la calidad de las medicinas no es un problema recurrente, manifiestan que las compras corporativas priorizan el precio sobre los atributos del producto, lo cual también afecta la calidad del servicio que brinda la DIRESA.

Por una serie de razones tanto internas; cambio de personal, de jefaturas y falta de continuidad en las políticas de administración, así como razones externas; falta de coordinación con las demás áreas, cambios en las disposiciones sobre la materia y lo complicado que puede ser cada proceso, las adquisiciones regionales, del tipo que fueran, pueden tomar hasta el doble de tiempo que deberían durar si se cumpliesen los plazos establecidos. Por ejemplo, a la fecha están manejando un proceso por Adjudicación Directa Pública, en la modalidad de subasta inversa, por S/.342 mil, iniciada en Enero de 2010[12].

Hay errores en la asignación de partidas de acuerdo a su estructura programática o sus metas no están bien asignadas. El procedimiento ha sido cambiado a partir de este año y los funcionarios que comprometen los recursos no conocen adecuadamente el procedimiento. Tienen dificultades en obtener precios referenciales, en especial para las adquisiciones directas, ya que muchos laboratorios se niegan a cotizar, finalmente los obtienen del SEACE, pareciera existir cierta discrecionalidad en la decisión de precios de referencia. Todo se va subsanado, pero los tiempos se van dilatando.

XI. Almacenamiento y Distribución

El almacén especializado de la DIRESA Cusco se encuentra en condiciones deficientes de conservación y equipamiento. A juicio del jefe del almacén, es muy pequeño para los niveles de medicinas y materiales médicos que vienen almacenando.

Está ubicado frente a un terral utilizado como estacionamiento de vehículos y material de chatarra, sin considerar algunos desechos. Al no contar el edificio con todas sus ventanas (hay muchas rotas) ni estar las ranuras de la puerta y marcos razonablemente sellados, la cantidad de polvo en su interior es preocupante.

Como no cuentan con equipamiento suficiente, solo unos cuantos anaqueles, tienen las cajas con medicinas apiladas por encima de lo recomendable y generalmente en contacto con el suelo. No hay un criterio claro para la ubicación de cada producto e inclusive tienen medicinas con fechas de expiración cumplida ubicada en el mismo ambiente, que aunque la norma lo permite, deberían estar mejor protegidas ya que se encuentran deterioradas y constituyen un foco de contaminación.

[12] A finales de mayo la convocatoria ya se había realizado.

Hace algunos años lograron una certificación de BPA, manifiestan que han seguido la práctica documentaria, pero por la carencia de espacio, personal y equipamiento es imposible mantener los procedimientos. Como ya se manifestó, no cuentan con termómetro, higrómetro, parihuelas, racks y material de embalaje.

Manifiestan que el abastecimiento desde el nivel central para las medicinas estratégicas es realmente caótico y los proveedores de las compras nacionales o regionales incumplen los plazos de entrega y muchas veces entregan las medicinas mal embaladas. Cuando han tratado de negociar para que las entregas se realicen al menos en cabeceras de Red, los proveedores se han negado, argumentando incrementos en costos por lo reducido de cada compra a nivel individual (Ítem x Región x Laboratorio).

El estado de conservación del almacén presenta deficiencias y se mantiene en funcionamiento por el esfuerzo de sus trabajadores. Consideran que es necesario construir un almacén nuevo, de mayor espacio y bien equipado. En el segundo piso cuentan con un área administrativa, que también se encuentra desordenada y rodeado de cajas con materiales médicos.

Fuera del almacén, tienen una zona para su cadena de frío inaugurada en estos días, donde podrán almacenar las vacunas y productos biológicos.

El Hospital Regional cuenta con dos almacenes con un espacio similar al del almacén central. Está más ordenado, aunque ubicado también frente a un terral, tiene menos polvo en su interior. No está equipado con material de seguridad y control por falta de presupuesto. Sin embargo, dado que cuenta con mayor espacio libre, está mejor dispuesto.

El Jefe del almacén regional menciona que la política de inventarios es manejar el equivalente a 3 meses de consumo en el almacén regional, 2 meses en los sub almacenes, entre 2 y 4 meses en los Establecimientos de Salud. Finalmente ante la falta de un sistema de distribución adecuado y abastecimiento seguro por los proveedores, han optado por mantener inventarios entre 7 y 11 meses de consumo. Es comprensible que perciban limitaciones en su capacidad de almacenamiento.

Toda la distribución a las redes, microrredes y establecimientos de salud es realizada desde el almacén central. Durante todo el mes atienden más de 244 despachos en largos turnos por red, según se muestra en el anexo # 4, que corresponde a la red Cusco Sur. Han tratado de desarrollar una red de distribución pero por falta de presupuesto no han progresado en este intento, inclusive señalan que un programa anterior de USAID llegaron a trabajar una propuesta. Se ha solicitado dicho documento.

Actualmente la mercadería es transportada entre el almacén central y las farmacias de destino por los propios trabajadores, utilizando sus propios ingresos y asumiendo todos los riesgos del transporte o por las ambulancias cuando estas se encuentran disponibles.

Los jefes de medicamentos identifican como un serio problema la falta de espacio físico para almacenar las medicinas. De las redes visitadas, con excepción del responsable de medicamentos en la red Canas-Canchis-Espinar, donde ya están construyendo un almacén en el nuevo hospital, tanto la red Cusco Sur como Cusco Norte tienen proyectos o planes para construir sus propios almacenes con el 10% del fondo rotatorio para gastos operativos, que les han informado se les va a empezar a entregar y que corresponde a varios años de atraso.

Otro ejemplo corresponde a la red Cusco Sur donde administran 83 establecimientos, no tienen almacén y deben utilizar un espacio prestado por la DIRESA, con todas las limitaciones de equipamiento del caso. Nuevamente la distribución depende de los recursos y disponibilidad de sus trabajadores.

En cuanto a la administración misma de los almacenes o la capacidad para realizarla, dada la escasa disponibilidad de espacio físico, poco equipamiento, limitados recursos humanos y presupuestales, es muy reducido el margen para llevarla a cabo de una manera eficiente y eficaz.

No cuentan ni con recursos para supervisar físicamente los establecimientos farmacéuticos. Cuando salen de otras direcciones de la DIRESA a realizar actividades de control en campo, no le informan a la DMID para que puede incorporarse o lo consideran en supervisiones integrales donde los espacios de tiempo para realizar el control son muy cortos. Por ejemplo la red Cusco Norte tiene establecimientos de salud que nadie supervisa hace más de 2 años.

Esta incapacidad de control también se circunscribe a los medicamentos estratégicos, donde muchas veces no hay consistencia entre las medicinas entregadas a las promotoras y las que disponen físicamente. La supervisión se limita a lo que dicen los papeles, comparan la información de la contabilidad con los reportes al SIS y lo que dice el software del SISMED.

XII. Dispensación

Suelen utilizar la Receta Única Estandarizada, pero más allá de lo que les pide la DIGEMID no representa una fuente de información para monitorear la calidad del proceso de suministro de medicinas, por ejemplo, qué porcentaje de medicamentos prescritos son dispensados por la farmacia del establecimiento.

No existe un control permanente de las recetas que utilizan, de su correcto llenado y no se encuentran numeradas de manera que permitan un mejor seguimiento. Aunque a partir de ellas se ha realizado la investigación operativa “Estudio sobre las características de la prescripción, disponibilidad y expendio de antimicrobianos en establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección Regional de Salud Cusco ”, no se utilizan todas las potencialidades de este formato. Usualmente registran en el sistema de información lo que les solicitan de Lima.

XIII. Resumen principales hallazgos

1. Proceso de suministro de medicamentos e insumos funciona de una manera desarticulada. Las diversas áreas que intervienen lo hacen con poco nivel de coordinación, no comparten objetivos generales.

2. El ROF de la DIRESA le asigna responsabilidades a la DMID, pero no le da las atribuciones necesarias para cumplirlas. Además incluye funciones que deberían ser asumidas en otras instancias.

3. No se ha estado disponiendo del fondo que establece la normativa SISMED, lo que ha generado problemas operativos y de equipamiento en las redes de servicios de salud.

4. Sienten cada vez más restricciones financieras. En la medida que amplían la cobertura en aseguramiento (SIS), ven reducida su capacidad para generar recursos propios, frente a la irregularidad en los reembolsos.

5. No se ha implementado el software el SISMED 2.01 en la DIRESA.

6. En la mayoría de Establecimientos de Salud no cuentan con el equipo adecuado (hardware), y donde lo tienen, no hay personal capacitado para su manejo.

7. No cuentan con información fiable que sirva de soporte en la administración y toma de decisiones.

8. Cuentan con un Comité Farmacológico en funcionamiento

9. No existe un estándar de calidad para la compra de insumos, por lo que actualmente tienen problemas

10. Existe un petitorio regional por niveles de complejidad que se trabajó en el 2009, que no ha sido adecuadamente socializado.

11. No hay muchos avances a nivel de guías o protocolos médicos

12. La programación y estimación de necesidades de medicamentos e insumos se realiza de una manera centralizada. Las redes no participan ni se les consulta.

13. El método utilizado para la estimación o proyección anual de necesidades de medicamentos no incluye algunas variables importantes lo que disminuye su consistencia.

14. En la última Compra Corporativa del 2009, el 20% de sus ítems fueron declarados desiertos, debieron esperar 8 meses hasta que se liberaron para proceder con las compras localmente.

15. Los proveedores incumplen los plazos de entrega pactados o algunas veces simplemente no entregan. No se aplican multas o sanciones.

16. Debido a los continuos cambios de personal en logística, en muchos casos por personal que conoce poco de la especificidad de la adquisición de medicamentos o por los cambios constantes en los cargos de confianza, se incurren en muchas demoras para los procesos de compras regionales.

17. El almacén especializado de la DIRESA Cusco no está adecuadamente equipado para la conservación de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos.

18. Ante la falta de un sistema de distribución adecuado y abastecimiento seguro por los proveedores, han optado por mantener inventarios entre 7 y 11 meses de consumo.

19. La distribución a las redes, microrredes y establecimientos de salud es realizada desde el almacén central, convirtiéndose en un nudo crítico.

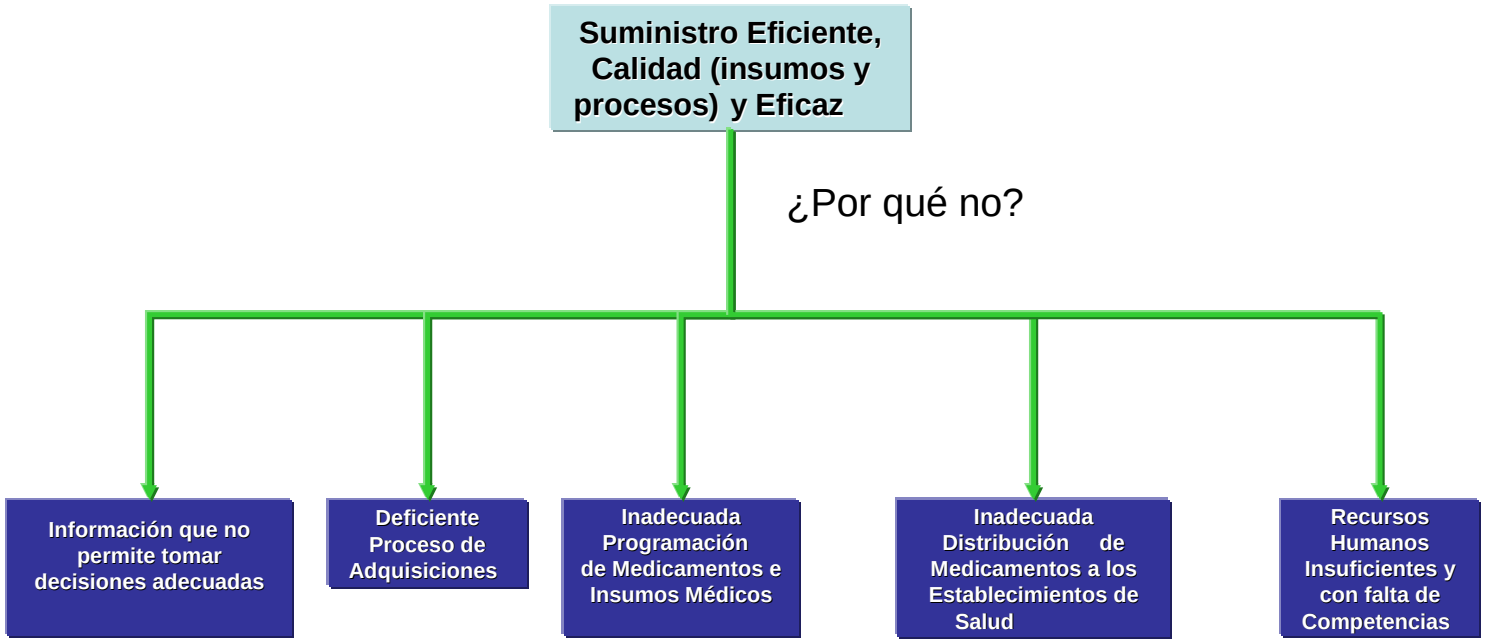
20. Los gastos de transporte de medicinas e insumos entre el almacén y los diversos establecimientos de salud son solventados por sus mismos trabajadores.

21. No cuentan con recursos programados para supervisar físicamente los establecimientos farmacéuticos ni los datos ingresados al SISMED.

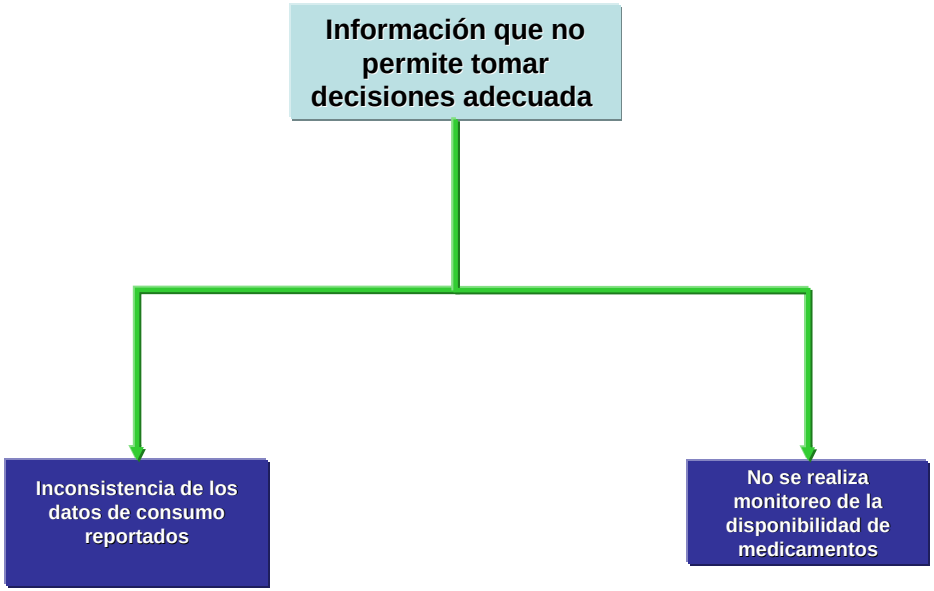
22. Utilizan la Receta Única Estandarizada, pero no se sistematiza la información que proporciona dicha herramienta para el control de las prácticas de prescripción.

XIV. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

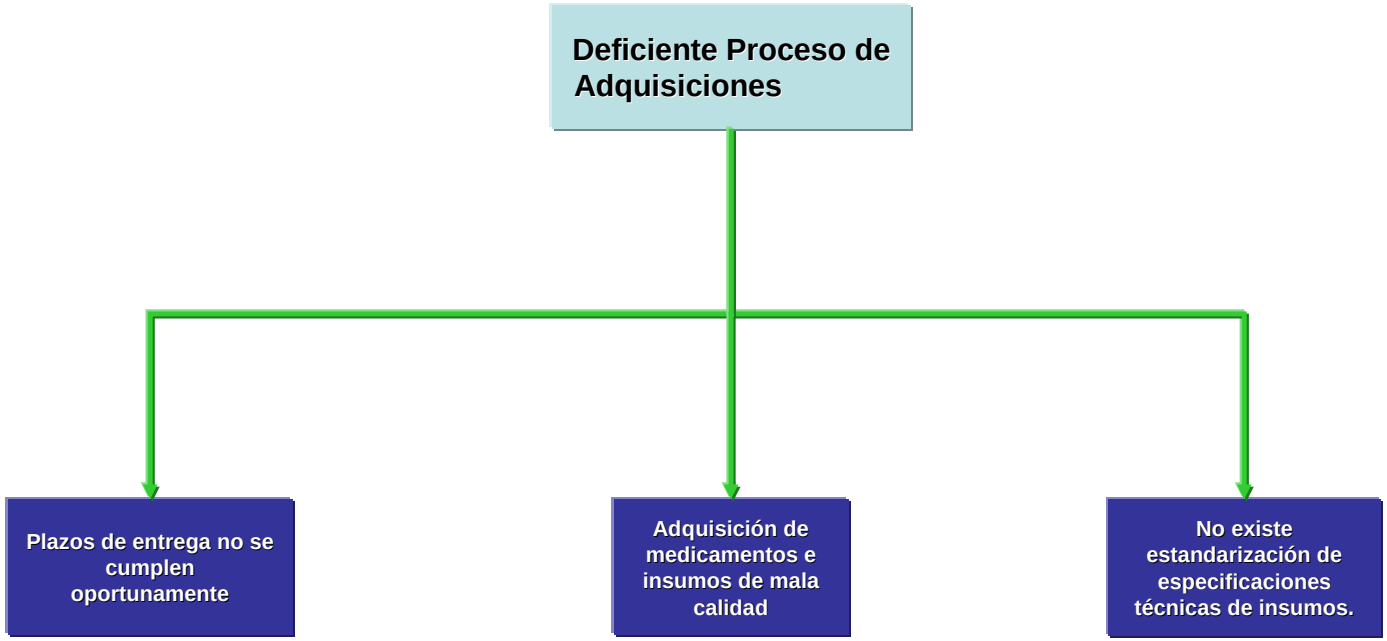
Matriz Causal Cusco



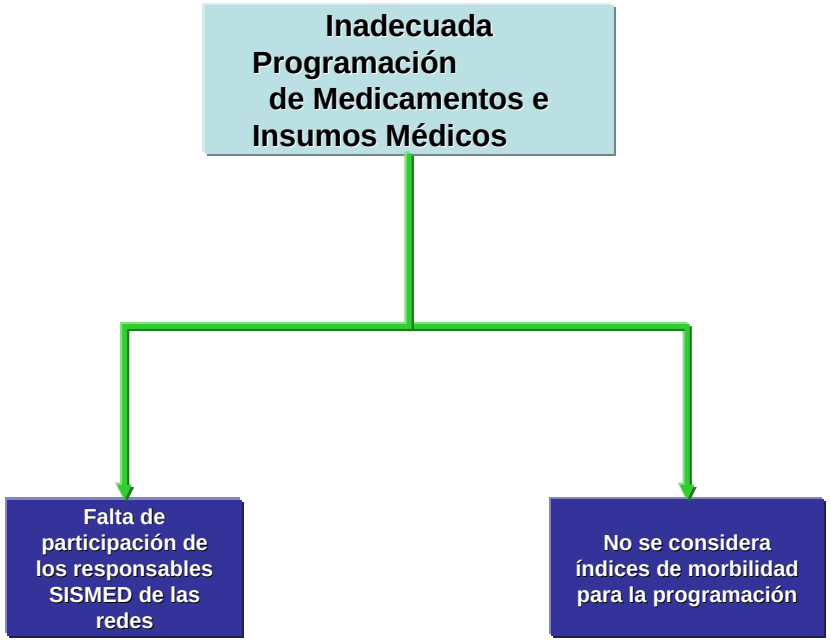
Matriz Causal Cusco (2° Nivel)



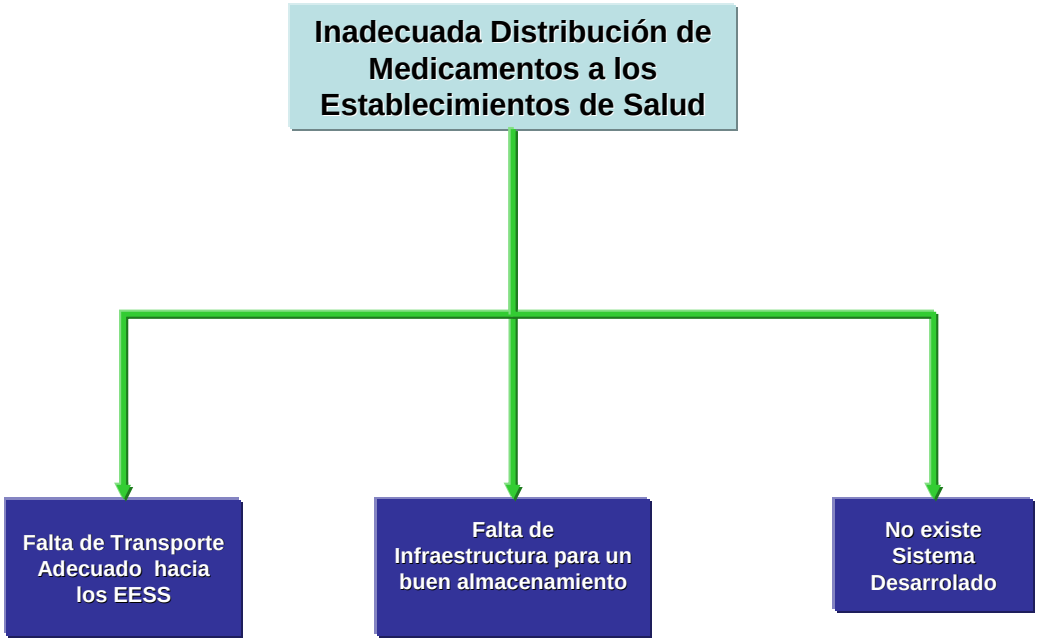
Matriz Causal Cusco (2° Nivel)



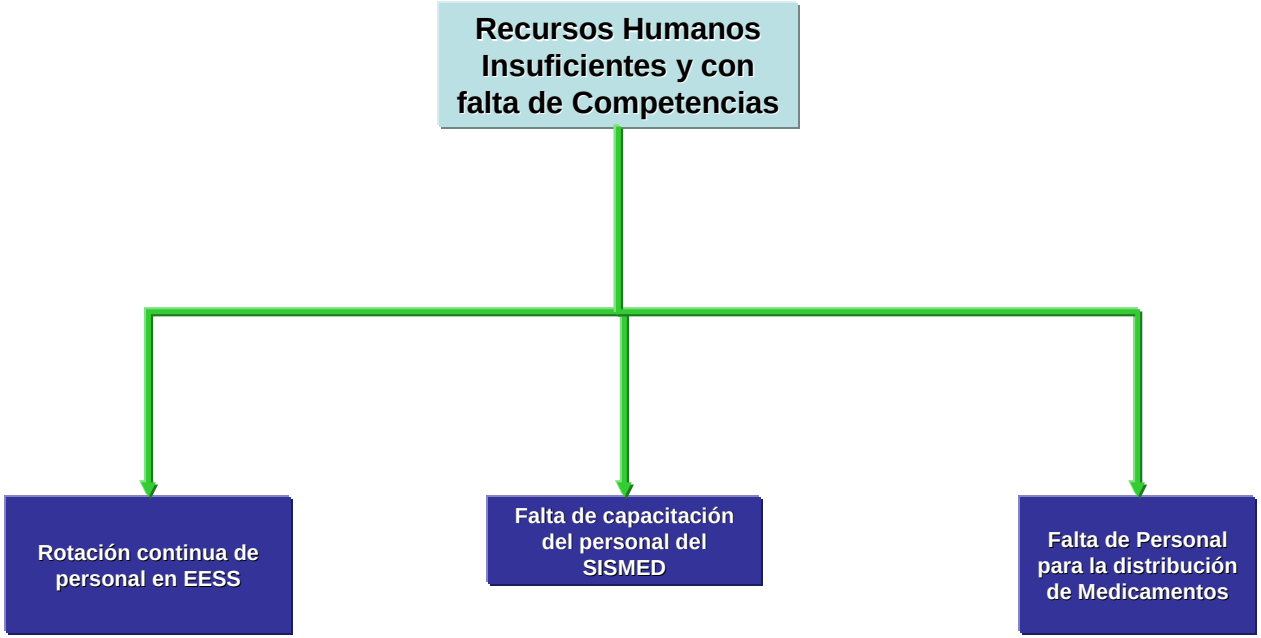
Matriz Causal Cusco (2° Nivel)



Matriz Causal Cusco (2° Nivel)



Matriz Causal Cusco (2° Nivel)



XV. ANEXO # 1 FORMATO EVALUACIÓN

1. Metodología

Se utilizará el análisis de lógica causal, de modo que a partir de un análisis de los procesos y flujos involucrados en el sistema de suministro se identifiquen los factores causales y/o inductores que lo afecten y/o potencien en relación al logro de los resultados de disponibilidad de productos farmacéuticos y afines esperado.

Para el desarrollo de ésta metodología se considerará:

a) Los resultados de los indicadores del software SISMED v2.0 en cada una de las regiones.
b) La información proporcionada de los procesos, subprocesos y flujos del suministro, en base a entrevistas estructuradas previamente validadas, por los actores sociales clave de la Dirección General, de la Dirección de Salud de las Personas / Salud Integral, DIREMID/DEMID, Comités Farmacológicos y Oficina de Administración/Logística de la DIRESA así como de las REDES, Micro-Redes, Hospitales y Centros/Puestos de Salud
c) La información proporcionada de la Guía de inspección de almacenes y Evaluación del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Establecimientos Públicos de Salud (formatos incluidos en el QR 1).

Appendix 6

Evaluación del Sistema de Suministro de Medicamentos e Insumos y Plan Operativo de Mejora

Región San Martín

Mayo 2010

INDICE

1. Propósito

2. Resultados
    2.1 Financiamiento
    2.2 Selección
    2.3 Programación
    2.4 Adquisición
    2.5 Almacenamiento
    2.6 Distribución
    2.7 Uso

3. Propuestas de Trabajo
    3.1 Financiamiento
    3.2 Selección
    3.3 Programación
    3.4 Adquisición
    3.5 Almacenamiento
    3.6 Distribución
    3.7 Uso

Matriz Causal
Matriz Causal 2° Nivel

Anexo Plan Operativo de Mejora

1. PROPÓSITO

El presente Plan de Mejora en la Disponibilidad de Medicamentos e Insumos, se realiza a solicitud de la Dirección Regional de Salud San Martín, en coordinación con su Dirección de Dirección Ejecutiva de Salud Integral (DESI), Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Medicamentos (DGSSM) y dentro del marco del proyecto USAID|Perú|Políticas en Salud, componente CLIN 5: Logística de medicamentos, insumos y tecnologías.

Cabe mencionar que en el proceso de planeamiento estratégico, y tal como lo señala en su página web[13], la región estableció como uno de sus principales objetivos en salud:

9. Incrementar el acceso oportuno y uso racional de medicamentos eficaces, seguros y de calidad.
10. Lograr la calidad, seguridad y disponibilidad de los productos farmacéuticos y afines en su jurisdicción para toda la población.

Es dentro de este marco, que como paso inicial, se realizó el 28 de Abril de 2010, un Taller convocado por la Dirección de Salud, con el objetivo de actualizar/elaborar el plan de acción para mejorar calidad y disponibilidad de productos farmacéuticos en la DIRES.

Con la participación del Sub Director, el equipo de Gestión de la Dirección de Atención integral, Administración y Dirección de regulación y fiscalización, se revisaron los diagnósticos previamente efectuados sobre la situación del acceso y disponibilidad de los medicamentos, se ajustaron las estrategias y el plan de acción que permitiera mejorar la gestión.

A pesar de contar con diversos diagnósticos con propuestas e iniciativas de solución, decidieron elaborar su diagnóstico propio, con objetivos, actividades, plazos de ejecución y responsables.

Durante el 29 y 30 de Abril se visitó el almacén de medicamentos de la DIRES SM, la farmacia y almacén del Hospital de Tarapoto y la farmacia del Centro de Salud de Morales. Finalmente se mantuvieron reuniones individuales con funcionarios y Jefe del área de logística.

Es importante mencionar que los consultores del proyecto USAID|Perú|Políticas en Salud actuaron como facilitadores y orientadores en aspectos metodológicos y técnicos.

2. RESULTADOS

La Dirección Regional de Salud de San Martín se encuentra estructurada en 4 unidades ejecutoras: Unidad Ejecutora Alto Mayo, Red de Servicios de Salud Moyobamba, Red de Servicios de Salud Rioja; Unidad Ejecutora San Martín, Red de Servicios de Salud San Martín, Red de Servicios de Salud El Dorado, Red de Servicios de Salud Lamas, Red de Servicios de Salud Picota; Unidad Ejecutora Hualla Central, Red de Servicios de Salud Mariscal Cáceres, Red de Servicios de Salud

[13] http://www.minsa-sm.gob.pe/web/

Huallaga, Red de Servicios de Salud Bellavista; Unidad Ejecutora Alto Huallaga; Red de Servicios de Salud Tocache. Tienen 35 Microrredes y 356 Establecimientos de Salud, incluidos 2 hospitales.

Sobre el indicador de Disponibilidad de Medicamentos, a Diciembre de 2009, de acuerdo con el informe de la Sala de Situación de Medicamentos de la DIGEMID, San Martín ocupaba el puesto 31 a nivel nacional con 64.66%. Cabe mencionar que el 30.81% de sus establecimientos no reportaron información. Sin embargo a Febrero 2010, cuando el 100% de los establecimientos de la Región reportaron su información, suben el nivel de disponibilidad a 80.66%, ubicándose en el puesto 18 a nivel nacional. Para Marzo 2010 obtienen una disponibilidad de 82.64%, esta vez en el puesto 16.

2.1 Financiamiento

Según manifiestan los funcionarios de la DIRES, cada vez hay más limitaciones financieras para la ejecución de sus servicios, realidad a la que no es ajena el suministro de medicamentos. Así mismo, como consecuencia de una mayor afiliación poblacional al Seguro Integral de Salud, se aprecia una reducción en la capacidad de generar Recursos Directamente Recaudados (RDR), siendo cada vez más dependientes de los reembolsos SIS, como fuente para adquirir medicamentos:

Gastos en compra de medicamentos por fuentes (S/.)

	RDR	RO	SIS
2007	3,908,047	1,325	1,991,244
2008	2,436,626	11,944	3,063,186
2009	2,954,383	82,988	3,370,091

Fuente: Consulta Amigable-MEF

Como política, desde el 2007 han destinado, en promedio el 25% de los reembolsos SIS a la reposición de medicamentos, frente a 19.1% como media nacional, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Participación en compra de medicamentos en reembolsos SIS (S/.)

	Gasto Medicamentos	Total SIS	%
2007	1,991,244	7,862,743	25.3%
2008	3,430,328	14,626,465	23.5%
2009	3,408,321	13,787,207	24.7%

Fuente: Consulta Amigable-MEF

Es importante mencionar que mediante Resolución Directoral del 21 de Diciembre de 2009, la DIRESA San Martín aprobó la directiva administrativa N° 001-2009-DG-DIRES/SM-DEA que tiene por finalidad regular el proceso de ejecución presupuestal de todas las fuentes de financiamiento (Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados y SIS).

En esta directiva se incorpora como criterio de gasto la priorización y austeridad, disponiendo para el caso de medicamentos, la utilización de los fondos SIS de acuerdo a la Directiva 112-MINSA/SIS-2008, que regula el buen uso de estos recursos. Se prohíbe expresamente comprometer reembolsos de SIS para pagos por CAS. Para ventas de Medicamentos a pacientes no asegurados (RDR), determina asignar el 80% de estos ingresos a su reposición.

2.2 Selección

Carencia de Petitorio de medicamentos por niveles de atención

- Deficiente socialización de los resultados de la categorización de los establecimientos y sus procesos admitidos
- No se dispone de todos los protocolos y guías de tratamiento estandarizadas en los establecimientos de salud
- No existe de comité farmacológico regional activo y conformado.
- No se dispone de asistencia técnica especializada en la selección por niveles de medicamentos e insumos.

2.3 Programación

Deficiente estimación de necesidades de medicamentos e insumos

- Hasta el año 2009 la programación se ha realizado en gabinete, incluso la remitida en 2009 a DIGEMID no existe en documentos oficiales, sin participación de los establecimientos de salud. Para el 2010 se esta regularizando la programación de medicamentos e insumos con la participación de los establecimientos de salud
- Se dispone de herramientas técnicas (métodos y base de datos) para la estimación de necesidades, pero falta hacer una capacitación mas continua de su manejo a nivel de cabeceras de microrredes y establecimientos de salud.
- Carencia de un software integral para registrar, procesar, analizar y reportear los movimientos de medicamentos y que funcione en línea por lo menos en los establecimientos que son puntos de digitación de la información del SISMED.
- Equipo informático obsoleto(hardware) en los establecimientos de salud que por ahora son puntos de digitación del SISMED
- Existen formatos para la recopilación de información de la programación acordes al petitorio nacional de medicamentos actualizados.
- Falta integrar la programación de los medicamentos estratégicos.
- Falta potenciar los controles y monitoreos para la programación en las cabeceras de microrred.

2.4 Adquisición

Adquisición IRREGULAR de medicamentos por que no obedecen a una programación definida por los establecimientos y escaso monitoreo a la ejecución de entregas.

- No se dispone de una programación establecida por los establecimientos de salud.
- No se están realizando las compras corporativas a gran escala para evitar el fraccionamiento de la adquisición, se desconoce presencia de equipos especializados para la adquisición.
- Se esta empezando a proponer herramientas de monitoreo en los niveles de unidad ejecutora, redes y microrredes, que faltan ser validados.
- Deficiencia del sistema logístico para tramitar y comprometer las entregas a los proveedores, debido a su escasa integración con la Unidad de medicamentos y almacén especializado.
- Muchos proveedores que han incumplido sus contratos no han sido sancionados pese ha haberse informado la infracción.

- Insuficiente equipamiento para el control de calidad organoléptico y técnico de los medicamentos e insumos; y escasa actualización del personal químico farmacéutico a cargo de esta labor.
- Presencia permanente en los años anteriores de compras no programadas, vía menor cuantía, muchas veces sin usuario directo del medicamento o insumo.

2.5 Almacenamiento

Escasa organización del Almacén y subalmacenes especializados de medicamentos e insumos

- No se dispone de manual de procedimientos para almacén y subalmacén especializados de medicamentos e insumos.
- El almacén especializado no cumple con las exigencias de la BPA, debido a que no es de un solo piso, y no tiene áreas definidas en una sola dirección de flujo; además le falta equipamiento para optimizar la capacidad de almacenamiento (montacargas, racks, transpaletas, fajas sin fin, etc.)
- Personal escasamente capacitado y actualizado, cuyo promedio de edad supera los 40 años.

2.6 Distribución

Precaria condición del traslado de los medicamentos e insumos desde el almacén especializado y subalmacenes hasta los establecimientos.

- No se dispone de medios de transporte especializado que cumplan con las buenas practicas de distribución, lo que puede estar alterando la calidad intrínseca del medicamento y por tanto su calidad terapéutica.
- Escaso financiamiento del traslado de medicamentos desde la sede de red a la microrred y de estas a los establecimientos de salud, usando una distribución equitativa de los recursos del 20% correspondiente a gastos administrativos.
- Escasa cultura de oportunidad de la información en las redes de salud, micro redes y establecimientos

2.7 Uso Del Medicamento

Escasa información oficial sobre el uso racional del medicamento difundida a la comunidad y personal de los establecimientos de salud.

- Se han iniciado las actividades de USO RACIONAL EN MEDICAMENTOS a cargo de un profesional químico farmacéutico.
- Se han realizado coordinaciones y actividades con la municipalidad de Tarapoto, UGEL TARAPOTO y otras instituciones para realizar espacios artísticos alusivos la USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.
- No se dispone financiamiento para la implementación, equipamiento y sostenibilidad de las actividades comunicativas y extramurales.

3. PROPUESTAS DE TRABAJO

3.1 Selección

- Categorización de los establecimientos y los procedimientos permitidos en cada categoría
- Protocolos o guías de tratamiento estandarizadas para el manejo de cada procedimiento.
- Conformación del comité farmacológico
- Asistencia técnica para la estandarización de las especificaciones técnica de material medico quirúrgico e insumos(laboratorio y odontológico)

3.2 Programación

- Levantamiento de las necesidades de medicamentos e insumo desde los establecimientos de salud.
- Herramientas de programación actualizadas que permitan estimar con un bajo margen de error las necesidades de medicamentos e insumos.
- Equipos técnicos en los establecimientos de salud o cabeceras de microrredes capaces de percibir la variaciones y tendencias epidemiológicas sensibles al consumos de medicamentos e insumos y que participen activamente en el proceso de programación.
- Actualización de normativas y formatos estándares capaces de recopilar la información con fidelidad.
- Realizar el control de calidad de la programación de cada establecimiento a nivel de red y microrred.

3.3 Adquisición

- Programación de medicamentos e insumos establecida desde los establecimientos de salud.
- Equipo técnico idóneo para ejecutar las compras corporativas en la región vía licitaciones publicas en primera instancia.
- Herramientas de monitoreo para ajustar las entregas de medicamentos de los proveedores y que permitan utilizar eficientemente los márgenes de variabilidad establecidos generando NORMOSTOCKS en todos los niveles de uso y distribución del medicamento.
- Sistemas logísticos ágiles para el procesamiento documentario que acelere el proceso de entrega de medicamentos por parte de los proveedores
- Mecanismos eficaces para sancionar a los proveedores que incumplen con sus contratos firmados.
- Procedimiento eficiente y equipamiento básico suficiente para mejorar el control de calidad de los medicamentos e insumos que ingresan al almacén especializado.

3.4 Almacenamiento

- Manual de procedimientos en cada nivel de distribución y dispensación de medicamentos.
- Infraestructura y equipamiento adecuado para el desarrollo de los procedimientos en el almacén y subalmacén de medicamentos.
- Separación de áreas definidas (control de calidad, almacenamiento, atención al usuario interno y despacho) con un sistema de unidireccional.
- Personal que reciba permanente capacitación especializada y que no sufra rotaciones a otros servicios.

3.5 Distribución

- Implementar medios de transporte institucionales apropiados y exclusivos para la distribución de medicamentos e insumos, que garanticen la conservación y seguridad del medicamento.
- Financiar el traslado de los medicamentos desde las cabeceras de microrredes hasta los establecimientos de salud, en especial de aquellos que estén geográficamente poco accesibles y manejen volúmenes considerables de medicamentos.
- Armonizar y ordenar mediante cronogramas bimestrales la recepción, control de calidad, el almacenamiento y la distribución de los medicamentos de la demanda y estratégicos en el ALMACEN ESPECIALIZADO, para evitar duplicidad de esfuerzos y costes.
- Los establecimientos de salud deben hacer llegar sus ajustes de medicamentos oportunamente a las cabeceras de microrred, red y almacén especializado de medicamentos.

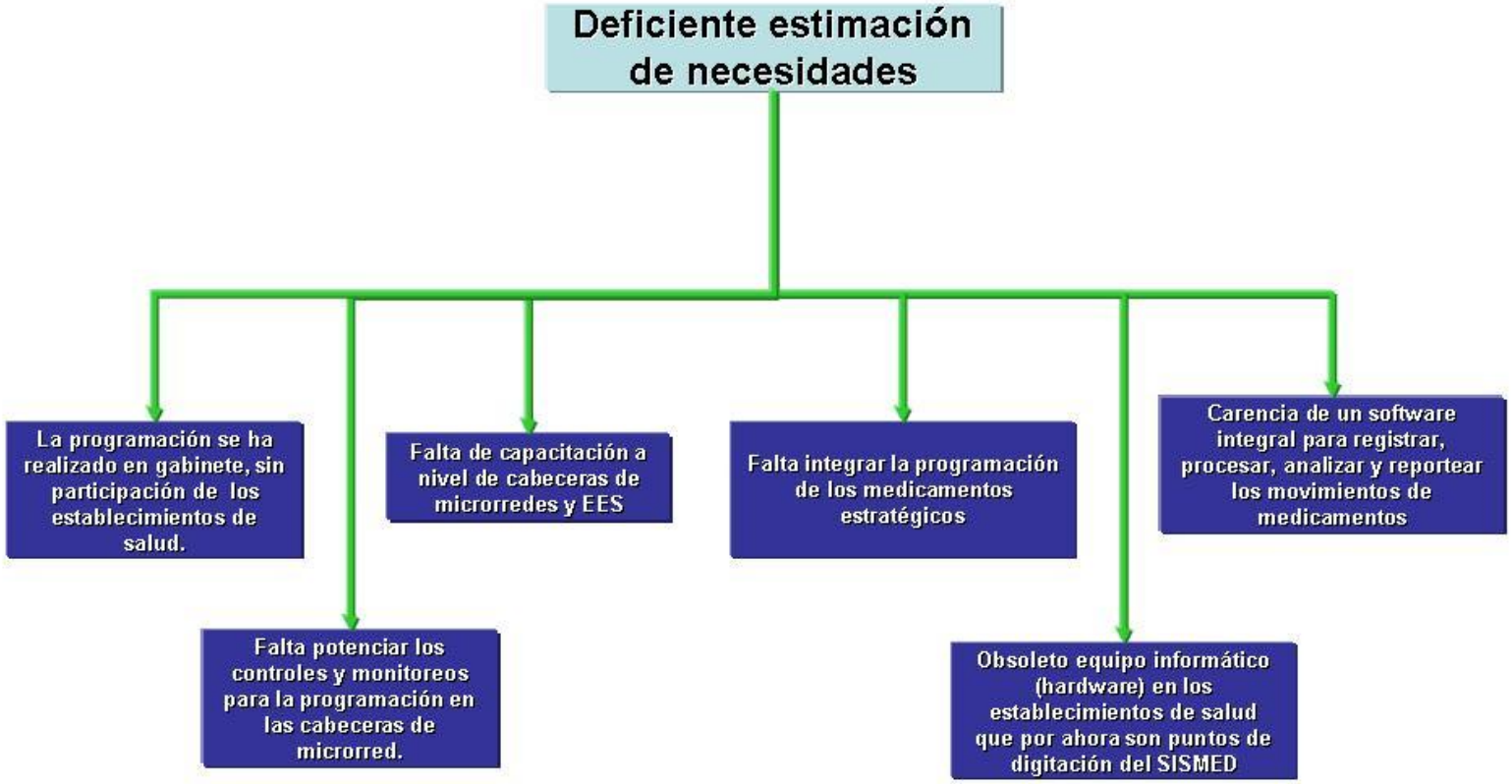
3.6 Uso

- Implementación y dotación de recursos humanos, logísticos, financieros, etc. en la UNIMID para el planeamiento, ejecución y evaluación de actividades en uso racional de medicamentos
- Sensibilización de los medios de comunicación para apoyar diferentes actividades de información a la comunidad.
- Conseguir cooperantes técnicos institucionales y externos para fortalecer y actualizar los conocimientos en el uso racional de los medicamentos en los prescriptores, dispensadores y personal de salud en general.
- Articular y coordinar actividades con las OSB e instituciones y el área de promoción de la salud para promover mediante charlas, medios audiovisuales y artísticos sobre el uso racional de medicamentos.
- Fortalecer los procesos de farmacovigilancia y la implementación del Centro de información del medicamento.

Matriz Causal

Matriz Causal San Martín (2° Nivel)

Matriz Causal San Martín (2° Nivel)

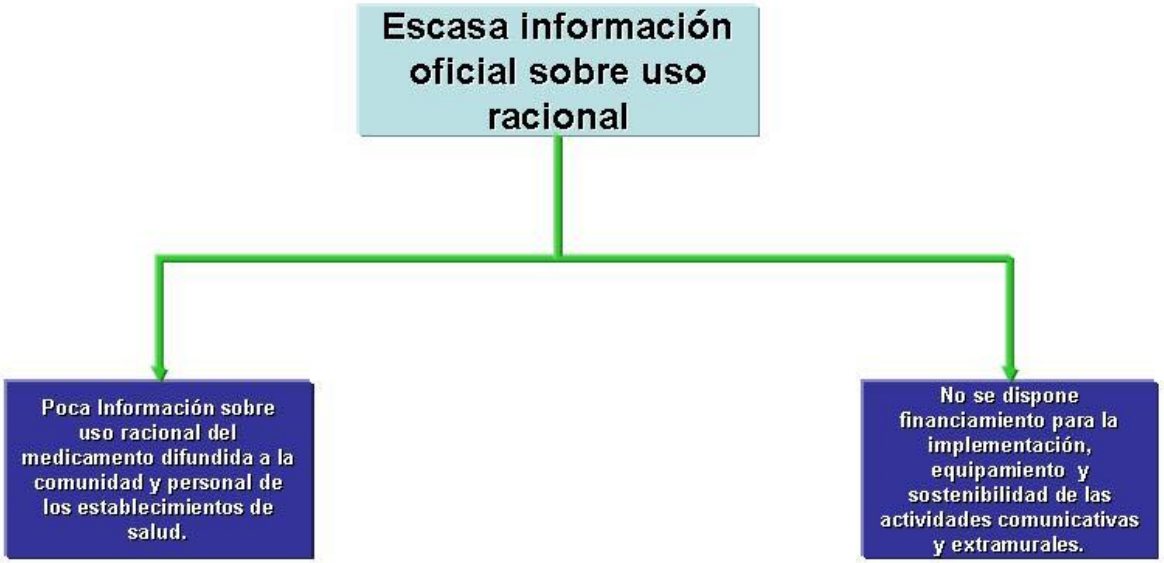


Matriz Causal San Martín (2° Nivel)

Matriz Causal San Martín (2° Nivel)

Matriz Causal San Martín (2° Nivel)

Matriz Causal San Martín (2° Nivel)



Appendix 7: Timeline of Health Policy (PS) and Health Quality (CS) Activities in Support of San Martin

Actividades	Tareas	AT	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diseño e instrumentalización del modelo de atención en redes y microrredes del componente intramuros	**Diseño del modelo e identificación de sus instrumentos:**																					
	Componente de prestación - Atención intramuros	PS / CS																				
	Componente de prestación - Atención intramuros (documento)	PS / CS		16																		
	Componente de prestación - Atención extramuros, intervenciones colectivas y sistemas de soporte	PS / CS																				
	Discusion sobre el modelo de Organización y Gestion	PS / CS																				
	Discusion del modelo de financiamiento	PS / CS																				
	Elaboración o adecuación de metodologías e instrumentos, guías de atención y protocolos de procedimientos:					31																
	- Manual de procedimientos de adscripción	PS																				
	- Manual de Admisión	PS																				
	- Guía de atención del niño (actualizacion/adecuacion al PEAS)	CS																				
	- Guía de atención de la mujer (actualizacion/adecuacion al PEAS)	CS																				
	- Guía de atención del adolescente																					
	- Manual de atención de farmacia	PS/CS																				
	- Manual de procedimientos de emergencia, cirugía y hospitalización																					
	- Manual de procedimientos de laboratorio																					
	- Estándares de infraestructura y equipamiento por servicio	PS																				

	- Petitorio de medicamentos del 1º nivel de atención	PS																				
	- Normas de referencia y contrarreferencia	PS/CS																				
	- Norma técnica para la atención integral a poblaciones excluidas y dispersas																					
	- Normas técnica para definir cartera de servicios extramural																					
	- Normas técnicas para atención ambulatoria extramural (extension de servicio, actualizacion)	CS																				
	- Manual para manejo de atención integral a la familia																					
	- Manual para manejo de atención integral a escuelas																					
	- Manual para manejo integral del medio ambiente (riesgos)																					
	Normas de organizacion y gestion de servicios de salud																					
	- Guía de implementación del MAIS	PS/CS																				
	- Manual de operaciones de responsables áreas de atención (niño, mujer y farmacia)	PS																				
	- Instrumentos de mejora de desempeño por área de atención(niño, mujer y farmacia)	CS																				
	Talleres de capacitación al personal de las direcciones de salud individual y de servicios, en el manejo de los instrumentos																					
Implementacion de REDES y Microredes	**Implementar el modelo de Atencion según redes y microredes priorizadas:**					X	X															
	a) Concluir la designacion de responsables de Redes y microrredes con resolucion según nivel			16																		
	b) Taller de presentacion de modelo y normas y metodologia de organización de la atencion intramuros:	PS y CS																				

	- Red San Martín	PS y CS							17 y 18													
	- Redes Lamas, Dorado y Picota																					
	- Redes Moyobamba y Rioja	CS																				
	- Redes Tocache																					
	- Redes Juanjui, Huallaga y Bellavista																					
	c) Identificación de necesidades en infrestructura, equipamiento, materiales e insumos																					
	d) Elaboración e implementación de plan para atender necesidades minimas identificadas						X	X														
	e) Taller de presentacion de normas y metodologia de organización de sistemas de soporte a la prestación:																					
	- Red San Martín	PS y CS																				
	f) Taller de presentacion de modelo y normas y metodologia de organización de la atencion extramuros:	PS y CS																				
	- Red San Martín																					
	g) Asistencia técnica en MR:																					
	MR priorizadas Moyobamba y Rioja	CS																				
	- Bajo Huallaga	PS/CS																				
	e) Desarrollo del sistema de monitoreo de implementación del MAIS																					
	- Diseno del sistema de monitoreo de implementación del MAIS	PS y CS																				
	- Capacitación para el manejo del sistema de monitoreo de implementación del MAIS	PS y CS						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	- Monitorear y supervisar el modelo de atencion implementado								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acreditación de establecimientos de salud	Implementación de procedimientos de gestión de la calidad									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Categorización de establecimientos de salud												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Autoevaluación de establecimientos de salud														X	X	X	X	X	X	X	X
	Acreditación de establecimientos de salud																	X	X	X	X	X
Diseño del sistema de gestión de RRHH	Talleres de diagnóstico y diseño del sistema de gestión de RRHH	PS/CS																				
	Identtificación y desarrollo de procesos del sistema de gestión de RRHH	PS																				
Desarrollo de competencias	**Elaboracion de Perfil de competencias DIRES**																					
	OEDIC	PS																				
	DESI	PS																				
	OF PLANIF																					
	OF INTEL SANIT																					
	DIREFISA																					
	ADMINIST																					
	Elaboración de Perfil de competencias REDES		X																			
	- Unidad de conducción	PS																				
	- Unidad Administrativa																					
	- Unidad de Gestión de Información																					
	- Unidad de Planificación y Gestión Sanitaria	PS y CS																				
	- Unidades de Línea	PS y CS																				
	Elaboración de Perfil de competencias Microrredes			X																		
	- Unidades de conducción y apoyo	PS																				

	- Áreas de atención	PS y CS																				
	- Puestos asistenciales	CS																				
	Fortalecimiento de competencias para cerrar brechas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Mejorar la gestión del medicamento en los procesos de selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso racional.	Elaboración y aprobación de una directriz para la regulación de los procesos de suministro de medicamentos en la región.	PS																				
	Elaboración y aprobación de un manual de procedimientos de suministro de medicamentos e insumos (programación de necesidades físicas y presupuestarias, adquisición, almacenamiento, distribución y uso) a ser aplicada en todas las unidades órgánicas responsables de implementación.	PS CS (uso)																				
	Elaboración de programación de medicamentos e insumos en microrredes de salud con base en su cartera de servicios, perfil epidemiológico, nivel de complejidad de sus servicios y tendencias de morbilidad.	PS																				
	Asistencia técnica a las redes ejecutoras de salud para elaboración, ejecución y control del plan de adquisiciones de medicamentos e insumos.	PS																				
	Asistencia técnica a las redes y microrredes de salud para la implementación de buenas prácticas de almacenamiento.	PS																				
	Asistencia técnica a las redes y microrredes de salud para el diseño de rutas y mecanismos de distribución, así como la implementación y el control de procedimientos de distribución de medicamentos e insumos.	PS																				
	Asistencia técnica a las redes y microrredes de salud para la implementación de planes de promoción de uso racional y buenas prácticas de dispensación de medicamentos, incluyendo procedimientos de control de su prescripción y dispensación, así como la notificación de RAM	PS/ CS																				

Ajuste del diseño del sistema regional de información en salud	**Identificar las necesidades de información por niveles organizativos de gestión, administración y provisión:**																					
	a) Definir los criterios e identificar las necesidades de información por niveles organizacionales institucionales - Redes y Microrredes de Salud:																					
	- Provisión del 1º nivel de atención	PS y CS																				
	- Gerencia de Redes y Microrredes de Salud																					
	b) Definir los criterios e identificar las necesidades de información por niveles organizacionales institucionales - hospitales:																					
	- Provisión de hospitales del 2º nivel																					
	- Gerencia de hospitales																					
	c) Definir los criterios e identificar las necesidades de información por niveles organizacionales institucionales - Autoridad sanitaria regional																					
	Identificar las necesidades de información de actores claves del nivel nacional y local	PS																				
	Diseñar el sistema de información en salud, incluyendo los procesos y flujos	PS																				
Desarrollo e implementación del componente de redes de salud del sistema de información	**Desarrollo y validación del sofware del componente de redes de salud del sistema de información**																					
	- Provisión del 1º nivel de atención	PS																				
	- Gerencia de Redes y Microrredes de Salud																					
	Implementar el componente de redes:																					
	a) Adecuación organizacionales y de procesos del sistema de información																					
	b) Elaboración, validación y formalización de los manuales de procedimientos del sistema	PS y CS																				
	c) Desarrollo de capacidades para la gestión de la información	PS y CS																				